



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES

Curso de Psicologia

MARCO ANDREY TEIXEIRA HERMOGENES

DESASTRES E EMERGÊNCIAS:

Campo transdisciplinar e gestão em rede –

Desafios e contribuições da Psicologia

BRASÍLIA

2012

MARCO ANDREY TEIXEIRA HERMOGENES

**DESASTRES E EMERGÊNCIAS:
Campo transdisciplinar e gestão em rede –
Desafios e contribuições da Psicologia**

Monografia apresentada como requisito
para conclusão de curso de Bacharelado
em Psicologia pela Faculdade de Ciências
da Educação e Saúde do Centro
Universitário de Brasília - UniCEUB.

Orientadora: Prof^a. Tatiana Lionço.

BRASÍLIA

2012

MARCO ANDREY TEIXEIRA HERMOGENES

DESASTRES E EMERGÊNCIAS:

**Campo transdisciplinar e gestão em rede –
Desafios e contribuições da Psicologia**

Monografia apresentada como requisito
para conclusão de curso de Bacharelado
em Psicologia pela Faculdade de Ciências
da Educação e Saúde do Centro
Universitário de Brasília - UniCEUB.

Orientadora: Prof^a. Tatiana Lionço.

Brasília, 20 de Junho de 2012.

Banca examinadora:

Prof^a. Doutora Tatiana Lionço,
Orientadora

Prof^a.
Mirian May Philippi

Prof^a.
Claudia May Philippi

Dedico este trabalho ao percurso de construção e desconstrução constituintes paradoxais da minha subjetividade nos diversos espaços sociais vividos até aqui

AGRADECIMENTOS

Aos contatos mediadores para minha chegada à Psicologia: a primeira graduação em Geologia, o trabalho em gestão socioambiental, a Universidade Holística de Brasília (UNIPAZ), a Core Energetics, a Espiritualidade e o Adoecimento.

Às professoras e aos professores do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) que souberam incentivar de forma direta ou indireta quando precisei durante o meu percurso, em especial: Morgana Queiroz, Claudia Feres, Valéria Mori, Ciomara Schneider, Claudia Philippi, Cynthia Ciarallo, Mirian Philippi, Fernando Rey, Zoia Prestes, Tânia Inessa, Elizabeth Tunes.

Às instituições que abriram suas portas para que eu pudesse desenvolver minhas atividades acadêmicas de pesquisa.

Aos meus primeiros pacientes no CENFOR e no CAPS do Paranoá com os quais dei meus primeiros passos na prática psicoterápica vencendo minha inexperiência com muita dedicação.

Aos colegas de caminhada na psicologia, principalmente Melissa, Pádua e Luciana, sobrevivemos até aqui.

Em especial à minha orientadora desta monografia Tatiana Lionço, meu muito obrigado por acreditar neste projeto que abarca novos saberes e fazeres psicológicos.

A@s amig@s evolutiv@s encontrados durante esta jornada de vida: Marcus Pereira de Melo (*in memorian*), Elizabeth Batalha, Cris Aragão, Karmita Bezerra, Rosana Brandão, Sylvia Mayall Maia, Maria Luiza, Débora Jansen, Patrícia Passos, Laís Fernandes, Alda Dantas, especialmente Marcelo Peixoto.

À minha família de origem e construída pela convivência, apoio e compreensão em todos os momentos quânticos.

Eu vou tentar captar o instante já, que de tão fugitivo não é mais, porque a tornou-se um novo instante. Cada coisa tem um instante em que ela é. Eu quero apossar-me do é da coisa. Eu tenho um pouco de medo, medo ainda de me entregar, pois o próximo instante é desconhecido...

Clarice Lispector

RESUMO

Este trabalho monográfico aborda a situação vigente nas articulações dos serviços intersetoriais e da sociedade civil no Brasil referente aos eventos das emergências e dos desastres na prevenção, preparação, resposta e reconstrução junto à população afetada, bem como visa refletir sobre os novos desafios e contribuições da psicologia neste campo de atuação transdisciplinar. A Conferência de Yokohama (1994) destaca a necessidade de inclusão da vulnerabilidade das populações e seus respectivos fatores sociais e culturais nas intervenções em desastres e catástrofes. A abordagem discutida considera que o fenômeno desastre vincula-se necessariamente ao campo da saúde em função principalmente das suas consequências sociais e ambientais como processo multidimensional. O referencial teórico, além dos marcos regulatórios do setor, que embasou a discussão desta monografia situa-se na interface da psicologia da saúde e psicologia social que sustentam as políticas públicas apresentadas especificamente no âmbito da saúde pública e coletiva. O caminho percorrido configurou-se em um estudo qualitativo mediante a utilização das seguintes técnicas: revisão dos marcos regulatórios das políticas públicas e referencial teórico pertinentes ao tema, além da observação participante em eventos públicos acadêmicos e institucionais. No caso da pesquisa desenvolvida optou-se pelo sistema categorial de análise da temática da Psicologia dos Desastres e Emergências como um Campo Transdisciplinar com atuação compartilhada numa Gestão em Rede Intersetorial, destacando também como competência relevante o protagonismo do controle e participação social na gestão de políticas públicas.

Palavras-chave: Psicologia em Emergências e Desastres. Transdisciplinaridade. Gestão em Rede Intersetorial. Políticas Públicas. Protagonismo Social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APP	- Área de Preservação Permanente
ATFAGO	- Associação Goiana de Terapia Familiar
AVADAN	- Formulário de Avaliação de Danos
BID	- Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	- Banco Mundial
BPC	- Benefício de Prestação Continuada
CAO-Cível	- Centro de Apoio Cível e de Tutela Coletiva e de Tutela Civil
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CBMDF	- Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CEDEC	- Coordenadorias Estaduais de Defesa Civil
CENAD	- Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres
CF	- Constituição Federal
CFP	- Conselho Federal de Psicologia
CGVAM	- Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental
CID-10	- Classificação Estatística Internacional de Doenças – 10ª revisão
CIEVS	- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CNDSS	- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CODECIR	- Coordenadoria de Defesa Civil do Recife
CODERNAT	- Comitê Brasileiro do Decênio Internacional para Redução dos Desastres Naturais
COMDEC	- Coordenadorias Municipais de Defesa Civil
COMLURB	- Companhia Municipal de Limpeza Urbana
CONAM	- Confederação Nacional das Associações dos Moradores
CONDEC	- Conselho Nacional de Defesa Civil

CONPDEC	- Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil
COPASAD	- Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável
CORDEC	- Coordenadorias Regionais de Defesa Civil
CRAS	- Centros de Referência e Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CREPOP	- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRID	- Centro Regional de Información sobre Desastres - América Latina e Caribe
CRP	- Conselho Regional de Psicologia
CRP-01	- Conselho Regional de Psicologia – 1ª. Região
CRP-06	- Conselho Regional de Psicologia – 6ª. região
CRP-12	- Conselho Regional de Psicologia – 12ª. Região
DF	- Distrito Federal
DIRDN	- Década Internacional de Redução de Riscos de Desastres Naturais
DSM-III	- Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 3ª edição
DSM-IV	- Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4ª. edição
DSS	- Determinantes Sociais de Saúde
dT	- Vacina Dupla Adulto
ECO-92	- Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável – 1992
EIRD	- Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres
ESF	- Estrategia Saúde da Família
FACES	- Faculdade de Ciências da Saúde
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FN	- Força Nacional
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde

FUNCAP	- Fundo Especial para Calamidades Públicas
FUNIBER	- Fundacion Universitaria Iberoamericana
GADE	- Grupo de Apoio a Desastres
GFDRR	- Global Facility for Disaster Reduction and Recovery
GIAHI	- Grupo Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional
HRAS	- Hospital Regional da Asa Sul
IML	- Instituto Médico Legal
INM	- Instituto Nacional do Meio Ambiente
IPT	- Instituto de Pesquisas Tecnológicas
LACEN	- Laboratório Central
MC	- Ministério das Cidades
MDS	- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MIN	- Ministério da Integração Nacional
MMA	- Ministério do Meio Ambiente
MPE-RJ	- Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MPE-SP	- Ministério Público do Estado de São Paulo
MRE	- Ministério das Relações Exteriores
MS	- Ministério da Saúde
NDVS	- Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde
NEPED	- Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais em Desastres
NOB	- Norma Operacional Básica
NUDEC	- Núcleos Comunitários de Defesa Civil
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	- Programa de Apoio Integral à Família
PE	- Pernambuco
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNAS	- Política Nacional de Assistência Social
PNDC	- Política Nacional de Defesa Civil
PNI	- Programa Nacional de Imunização
PNMC	- Política Nacional sobre Mudança do Clima
PNPDEC	- Política Nacional de Proteção e Defesa Civil
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSB	- Proteção Social Básica
PSE	- Proteção Social Especial
RJ	- Rio de Janeiro
SAMU	- Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SC	- Santa Catarina
SEDEC	- Secretaria Nacional de Defesa Civil
SEDH-PR	- Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República
SEPED	- Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SES/RS	- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
SESDEC/RJ	- Secretaria de Saúde de Estado e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro
SES-DF	- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SINDEC	- Sistema Nacional de Defesa Civil
SINDESB	- Sistema de Informações sobre Desastres no Brasil
SINPDEC	- Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil
SISNEP	- Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretária de Vigilância em Saúde
TEPT	- Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBA	- Universidad de Buenos Aires
UBS	- Unidade Básica de Saúde

UCB	- Universidade Católica de Brasília
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UFSCar	- Universidade Federal de São Carlos
UnB	- Universidade de Brasília
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para Infância
UnICEUB	- Centro Universitário de Brasília
UNIFAE	- Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino FAE São João da Boa Vista
UNIPAZ	- Universidade Holística de Brasília
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
USP	- Universidade de São Paulo
VIGIDESASTRES	- Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
PRIMEIRA PARTE.....	19
1 MARCOS REGULATÓRIOS NACIONAIS E PROTOCOLOS INTERNACIONAIS	20
1.1 Conceituação de políticas públicas	20
1.2 Protocolos e legislação institucional	22
1.2.1 Âmbito internacional	22
1.2.2 Âmbito nacional	24
2 INTERSETORIALIDADE DA REDE DE ARTICULAÇÃO EM DESASTRES E EMERGÊNCIAS.....	35
2.1 Conceito de rede e matriciamento.....	35
2.2 Atuação dos principais órgãos da intersectorialidade da rede de articulação em desastres no Brasil.....	38
2.2.1 Sistema Nacional de Defesa Civil.....	38
2.2.2 Sistema Único de Saúde	40
2.2.3 Sistema Único de Assistência Social.....	43
2.3 Atuação dos organismos de ajuda humanitária em desastres	46
SEGUNDA PARTE	48
3 PSICOLOGIA EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES: CONCEITOS E CAMPO DE ATUAÇÃO	49
3.1 Campo inter e transdisciplinar.....	52
3.2 Conceitos do fenômeno desastre.....	53
3.3 Conceitos do campo da Psicologia.....	57
TERCEIRA PARTE.....	61
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E DISCUSSÃO TEMÁTICA	62
4.1 Metodologia	62
4.2 Observação participante – Eventos acadêmicos e institucionais	67
4.3 Recortes das discussões temáticas.....	77
4.4 Observações e apontamentos sobre os debates	99
5 CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS.....	107

INTRODUÇÃO

Este trabalho de monografia pretende discutir a articulação dos serviços intersetoriais e da sociedade civil referente aos eventos das emergências e dos desastres bem como refletir sobre os novos desafios e contribuições da psicologia neste campo de atuação transdisciplinar.

Dentre os principais setores institucionais acionados em situações de emergências e desastres no Brasil destaca-se a Secretaria Nacional de Defesa Civil do Ministério da Integração Nacional (SEDEC/MIN); a Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres do Ministério da Saúde (VIGIDESATRES/MS); a Assistência Social, por meio dos Centros de Referência e Assistência Social (CRAS) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS).

O objetivo geral da pesquisa é avaliar a operacionalização intersetorial entre os principais atores institucionais na assistência e na gestão da informação acionados em situações de emergências e desastres considerando as Redes de Serviços, além de incluir a psicologia em emergências e dos desastres como um campo emergente de conhecimento e especialização do psicólogo.

Dentre os objetos específicos destacam-se:

1. Discutir sobre a composição, distribuição e comunicação das redes de serviços em defesa civil e em saúde para enfrentamento de emergências e desastres em eventos naturais de forma articulada.
2. Refletir sobre o conceito de Rede de Atenção e Articulação no contexto de desastres e emergências pautado pelo princípio de intersetorialidade e de responsabilidade compartilhada.
3. Identificar as necessidades de atuação psicológica e problemáticas no contexto em estudo como campo de especialização considerando as estratégias e protocolos nacionais e internacionais.
4. Descrever princípios teóricos, metodológicos, técnicos e éticos pertinentes ao fenômeno desastres e/ou em situações de emergência que norteiam o

procedimento de diagnóstico ou avaliações e atuação no campo da Psicologia tais como: riscos, trauma, perdas, luto, resiliência, transtornos mentais.

5. Definir e caracterizar os fenômenos psicossociais e de promoção de saúde preventivos e intervenção em crise pós-traumática nos eventos de desastres.

O tema psicologia em emergências e dos desastres se configura como um campo contemporâneo que fomenta debates acadêmicos, de pesquisa, como para os governos, organizações mundiais, organismos não governamentais, igrejas e sociedade civil em geral (HEREDIA, 2009).

Além disso, essa especialidade subsidia a atuação profissional sobre questões atuais de inserção da Psicologia relacionadas à formação no campo da saúde e ao compromisso social de nossa profissão, como vem salientando diversos autores referentes às práticas profissionais tradicionais e novas demandas nos tempos atuais do psicólogo (RASERA; ISSA, 2007; BOCK, 2009; SPINK, 2009; YAMAMOTO, 2009; GONÇALVES, 2010; GONZÁLEZ REY, 2011).

A ordenação da formação para a área da saúde como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A grande dificuldade para aumentar o escopo de profissionais capacitados nessa área se apresenta devido à dificuldade de divulgação de seus benefícios para a sociedade, bem como em algumas situações e momentos no caráter de imprevisibilidade de grande parte das catástrofes e desastres.

Böing e Crepaldi (2010) ressaltam a necessidade da formação de profissionais em psicologia com atuação crítica e articulação política e não apenas com conhecimento técnico, pois historicamente os cursos de psicologia formaram profissionais apolíticos.

O Brasil (2004) corrobora com essa opinião ao afirmar que a formação em psicologia, predominantemente, é descontextualizada da realidade social, pois se

encontra distante das perspectivas históricas da psicologia, das políticas públicas de saúde, incluindo movimentos e lutas, e principalmente por não abordar as determinações sócio-históricas dos problemas e das necessidades da população que vão atender.

Entretanto, desde 2004 novas diretrizes curriculares estipularam para os cursos de psicologia a inclusão de habilidades e competências gerais do psicólogo como a prevenção e promoção de saúde, adequadas ao contexto da população-alvo em níveis individuais e coletivos (ANDRADE; SIMON, 2009, p. 168).

Neste contexto pretende-se discutir o conceito de apoio matricial discutido por Blanes e Ballarin (2011) no sentido que além de ser um novo arranjo organizacional, o apoio matricial torna-se uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que tem por objetivo a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões com a devida participação social.

Nas últimas décadas, os serviços de intervenção em crise e de emergência psicossocial expandiram-se grandemente no mundo, especialmente nos países que vigora justiça social e/ou desenvolvimento econômico. Carvalho e Borges (2009) afirmam que temas relacionados às emergências e desastres tornaram-se atualmente manifestos no âmbito mundial.

Heredia (2009, p. 112) destaca que “os desastres evidenciam as diversas faces da pobreza: a econômica, a social, a precariedade na saúde integral, as carências educativas, entre muitas outras, embora, certamente, estas outras tragédias já existissem antes da catástrofe”.

Para Valero (2007) cada vez mais, frente a situações de emergência e catástrofes, os profissionais da psicologia e outros técnicos da área da saúde devem se qualificar para atuações breves e efetivas, com o objetivo de prevenir a curto, médio e longo prazo as consequências psicossociais negativas. Emergências e desastres marcam de forma trágica as pessoas e a comunidade, não só no plano material e econômico, mas também no emocional/psicológico e das relações sociais.

Em Brasil (2010) consideram-se ações de apoio e assistenciais tanto preventivas como reparadoras em relação ao evento ocorrido mediante a promoção

de direitos e construção de estratégias de atuação.

O presente trabalho justifica-se, pois dentro do conceito de emergência psicológica, busca-se abordar as implicações dos fenômenos de catástrofes e desastres para a sociedade e, conseqüentemente, para a subjetividade individual, além do envolvimento e responsabilidade institucional na prevenção, preparação resposta e reconstrução para a população atingida (BRASIL, 2010).

Para tanto é importante também conhecer a rede de atuação e articulação dos diversos setores do MS, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras instituições como a SEDEC/MIN e a Assistência Social (CRAS) do MDS, em desastres tanto antes da ocorrência do evento natural, de forma a minimizar os riscos, quanto durante e após sua ocorrência, de forma a gerenciar os possíveis danos e, posteriormente, revertê-los, recuperando o bem-estar da população atingida.

O tema se mostra bastante interessante quando se analisa a gama de potenciais a serem estudados nessa área. Sentidos como o de vida, morte, perda, valores são abalados nesses momentos e muitas vezes não é apenas um deles que entram em questão e sim uma complexidade de questionamentos, desilusões e fobias que envolvem as pessoas vítimas de tais situações.

A Psicologia em Desastres e Emergências configura-se como psicologia aplicada a partir de um conjunto de práticas com respostas a demandas específicas emergindo em termos políticos, nos marcos regulatórios e nas políticas públicas, em bases epistemológicas já existentes, pois não há uma teoria especializada referente ao saber e fazer da Psicologia, além de buscar apoio nos serviços assistenciais estruturados.

Neste sentido, pode-se considerar que a psicologia em emergências e desastres deverá interagir com outras abordagens teóricas no campo da psicologia tais como: a psicologia da saúde, a psicologia social e a psicologia clínica.

Rasera e Issa (2007) destacam que novos campos de inserção da Psicologia expõem as fragilidades de atuação profissional nos diversos contextos, diferentes do viés histórico individualista, necessitando assim de uma redefinição das relações

entre a Psicologia, saúde e sociedade para que tais fragilidades possam ser compreendidas e transformadas, ampliando a definição da prática e do papel profissional do psicólogo.

Outra ancoragem se dará também na interdisciplinarmente, mediante o pressuposto transdisciplinar desse novo campo de conhecimento e atuação, a partir do trabalho conjunto com outros profissionais e equipes e apoio tais como: gestores públicos, médicos, assistentes sociais, enfermeiros, sociólogos, jornalistas, engenheiros, geólogos, socorristas além de grupos e indivíduos voluntários (VALERO, 2007).

Em outro contexto desta rede identifica-se a atuação de organismos não governamentais ou instituições internacionais de financiamento e assistenciais, mediante o intercâmbio ou desempenho articulado conhecido como Ajuda Humanitária Internacional.

Este Trabalho de Monografia está estruturado em três partes. Na primeira parte são discutidas, no capítulo 1, as políticas públicas como normas, marcos legais, protocolos, resoluções, tanto no âmbito nacional como internacional, pertinentes ao tema. No capítulo 2 são abordados os princípios e as diretrizes legais referentes ao Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que constituem os principais setores que integram a rede de articulação em desastres. Tem-se também uma visão geral da atuação de organismos não governamentais e instituições assistenciais, mediante o intercâmbio ou desempenho articulado conhecido como Ajuda Humanitária.

No capítulo 3, que constitui a segunda parte do trabalho, foram clarificados os principais conceitos ora utilizados em psicologia em emergências e desastres como campo de conhecimento e atuação transdisciplinar conforme preconizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) além de outros tópicos que subsidiam a compreensão do fenômeno desastre e sua interferência na saúde ambiental coletiva e pública. Tais conceitos são: trauma e transtornos além de seus efeitos na prevenção e na intervenção em eventos traumáticos, luto e resiliência; conceito de crise e seus efeitos na prevenção e na intervenção; mudanças climáticas; conceito de risco social e ambiental e sua relação com os determinantes sociais de saúde.

Na terceira parte estão descritos, no capítulo 4, os procedimentos metodológicos e respectivos instrumentos e ferramentas utilizados no desenvolvimento deste trabalho de monografia em consonância com o tema proposto além da sistematização do conteúdo das informações obtidas e identificadas nos eventos científicos acompanhados como participante e/ou observador fazendo articulação com os dados e referências disponíveis. No capítulo 5 estão descritas as considerações finais do trabalho de monografia mediante a discussão sobre o caminho a trilhar na construção de possibilidades que contemple uma gestão compartilhada à Articulação da Rede no desenvolvimento do trabalho intersetorial, bem como discriminando os possíveis obstáculos e desafios da Psicologia como campo de conhecimento e de atuação na mediação e na articulação intersetorial e com a comunidade no contexto de desastres e emergências.

PRIMEIRA PARTE

1 MARCOS REGULATÓRIOS NACIONAIS E PROTOCOLOS INTERNACIONAIS

1.1 Conceituação de políticas públicas

Gonçalves (2010) considera que políticas público-sociais podem ser consideradas como a comunicação entre o Estado, a sociedade e a economia no sistema capitalista e assim nesse sentido devem ser consideradas à luz das relações de classe em uma determinada sociedade: “como espaço de afirmação de direitos”.

Yamamoto (2009) destaca que a articulação das funções econômicas e políticas assumidas pelo Estado demanda a legitimação política pelo alargamento da sua base de sustentação mediante da institucionalização de direitos e garantias sociais. Entretanto, a construção de políticas públicas é fragmentada e particularizada. Conclui que “é na forma de políticas setorizadas que as prioridades no campo social são definidas”.

Segundo Wanderley e Raichelis (2009 apud Kleba e Comerlatto, 2011, p. 2):

[...] o Público é uma construção política a partir da ação de sujeitos, movimentos e organizações sociais que atuam como mediadores políticos, vocalizando demandas coletivas que confluem para arenas públicas, em que diferentes projetos possam ser debatidos e negociados.

Kleba e Comerlatto (2011) englobam no âmbito da proteção social as políticas sociais vinculadas à seguridade social cujo conjunto compreende a assistência social, a saúde, a previdência social, a educação, a cultura, o meio ambiente, a habitação, entre outros.

É nesse contexto que Gonçalves (2010) aponta um caminho para atuação da psicologia no campo das políticas sociais vindo a contribuir para que as políticas sejam de emancipação e de transformação social, a partir de uma perspectiva histórica que desnaturalize os fenômenos sociais.

Na abertura do 1º Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres em 2006, o então Vice-Presidente do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2006, 1) destacou:

A Psicologia Brasileira, nos últimos dez anos, tem feito uma caminhada que coloca a cidadania dos direitos humanos e as políticas públicas como questões norteadoras do seu desenvolvimento social. E, neste momento, ao nos aproximarmos dessa área e alavancarmos seu desenvolvimento institucional em nosso país, estamos criando as condições para que esse tipo de conhecimento efetivamente possa estar à disposição da sociedade ao preservar as perdas humanas, ao consolar quando essas perdas forem inevitáveis e ao acompanhar as situações nas quais não somente as perdas humanas, mas também as materiais representam para os sujeitos aspectos de muito sofrimento.

Gonçalves (2010) destaca a atuação do CFP frente ao envolvimento da psicologia nas políticas públicas mediante iniciativas de debater o tema tais como: Seminários Nacionais de Psicologia e Políticas Públicas, Banco Social de Serviços em Psicologia, e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP).

Especificamente em relação ao CREPOP, Gonçalves (2010) descreve os principais pontos da metodologia deste dispositivo na produção de referências entre a Psicologia e as políticas públicas que envolvem:

- levantamentos sobre a inserção dos psicólogos nos diversos programas e projetos de políticas públicas de diferentes áreas;
- levantamento e divulgação sobre os marcos legais das diferenças políticas públicas;
- produção e divulgação de relatórios sobre a inserção dos psicólogos nas políticas públicas;
- identificação de práticas inovadoras nas diferentes áreas; e produção de documentos de referências sobre a prática.

Incluir o tema dos desastres nas políticas e programas de redução da pobreza, governabilidade, estratégias ambientais e outras áreas de desenvolvimento sustentável, é para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) aspecto positivo na incidência dos fatores que produzem a vulnerabilidade da sociedade a esses fenômenos (BRASIL, 2010).

1.2 Protocolos e legislação institucional

1.2.1 Âmbito internacional

Em consonância com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, a Declaração de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) considera um direito humano fundamental a consecução fundamental de atenção básica de saúde como a mais importante meta social mundial cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Na década de 1980, as posturas da OMS passaram a garantir à saúde uma amplitude conceitual ainda maior e integral, considerando a influência de determinantes e condicionantes econômicos, sociais, ambientais e culturais, ou seja, a saúde é também consequência das ações desenvolvidas por outros setores sobre os quais o setor próprio não possui controle direto.

Dentre as linhas de atuação norteadoras das ações definidas pela Carta de Ottawa (OMS, 1986) destaca-se a construção de políticas públicas saudáveis, pois as políticas públicas de outros setores devem considerar as consequências de suas ações sobre a saúde e devem ser responsabilizados por elas.

A saúde é, assim, enquadrada como componente fundamental da qualidade de vida, o que enfatiza ainda mais a importância da intersectorialidade das medidas (OMS, 1988; OMS, 1990; OMS, 1991; OPAS, 1992; OMS, 2000; OMS, 2006).

A ONU declarou a década de 1990 como o período para redução de desastres naturais internacionais.

A Declaração do Milênio da ONU (2000) reafirmou entre seus compromissos a: a) paz, segurança e desarmamento; b) o desenvolvimento e erradicação da pobreza; c) a proteção ao nosso ambiente comum; d) os direitos humanos, democracia e boa governança; e e) proteção aos vulneráveis.

Cerutti (2007) considera que após o terremoto ocorrido na Guatemala em 1976, onde a resposta foi dada especialmente por meio de ajuda humanitária internacional, inseriu-se o conceito de mitigação. Com o apoio de organismos internacionais, os governos foram adotando uma série de protocolos e convenções visando reduzir os efeitos negativos, especialmente os decorrentes das atividades humanas sobre o meio ambiente, tais como:

- 1990-1999. Década Internacional de Redução de Riscos de Desastres Naturais (DIRDN). Resolução nº. 44/236. ONU;
- 1992. Agenda 21 – Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (ECO-92, Rio de Janeiro);
- 1994. Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável (COPASAD) (Washington);
- 1994. Estratégia de Yokohama - Conferência. Por um mundo mais seguro no século XXI;
- 2002. Estratégia Internacional de Redução de Desastres (EIRD). ONU;
- 2005. Marco de Ação de Hyogo; 2005-2015. II Conferência Mundial sobre Desastres Aumento da Resiliência das Nações e das Comunidades Ante Desastres.
- Protocolo de Kyoto. Instrumento complementar à ECO-92, visa reduzir emissões de seis gases causadores do aquecimento global;
- Protocolo de Montreal. Tratado internacional para proteger a camada de ozônio;
- 2000. Declaração do Milênio. Estratégias de redução da pobreza e promoção do desenvolvimento sustentável entre os países em desenvolvimento.

Na conferência de Yokohama, promovida pela EIRD em 1994, muda-se do paradigma técnico-científico na intervenção do fenômeno desastres para o conhecimento prévio dos aspectos socioeconômicos no processo de desastres; destacou-se a necessidade de inclusão da vulnerabilidade das populações e seus respectivos fatores sociais e culturais (BRASIL, 2010).

A Conferência de Hyogo em 2005 que ficou conhecida como Marco de Hyogo, ratifica a prevenção como meta prioritária enfatizando a importância de um planejamento integrado com ações interinstitucionais em todos os níveis mediante estabelecimento de uma rede que articule as instituições e atores sociais locais que atuam nesta área (BRASIL, 2010).

O Marco de Hyogo, portanto, torna-se o instrumento mais importante para implantação da redução de risco de desastres adotado pelos Estados Membros, do qual o Brasil é signatário, a ser desenvolvido entre os anos de 2005 e 2015.

1.2.2 Âmbito nacional

A Resolução nº. 2, de 12 de dezembro de 1994, do Conselho Nacional de Defesa Civil (CONDEC), que aprova a Política Nacional de Defesa Civil (PNDC), estabelece diretrizes, planos e programas prioritários para o desenvolvimento de ações de redução de desastres em todo o País, bem como a prestação de socorro e assistência às populações afetadas por desastres. Tem por finalidade garantir o direito natural à vida, à incolumidade, à segurança e à propriedade em circunstâncias de desastres. Segundo a PNDC (BRASIL, 2007), as ações de redução de desastres contemplam quatro etapas: a prevenção de desastres, a preparação para emergências e desastres, a resposta e a reconstrução/minimização de novos desastres.

A PNDC apresenta 15 diretrizes que norteiam o seu desenvolvimento, a saber:

- **Diretriz nº 1:** Atribuir a um único Sistema – o Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC) – a responsabilidade pelo planejamento, articulação, coordenação e gestão das atividades de Defesa Civil, em todo o território nacional.
- **Diretriz nº 2:** Implementar a organização e o funcionamento de Coordenadorias Municipais de Defesa Civil (COMDEC) ou órgãos correspondentes, em todo o território nacional, enfatizando a necessidade e a importância da resposta, articulada e oportuna, do órgão local.
- **Diretriz nº 3:** Apoiar estados e municípios na implementação de Planos Diretores de Defesa Civil, com a finalidade de garantir a redução de desastres, em seus territórios.
- **Diretriz nº 4:** Promover a ordenação do espaço urbano, objetivando diminuir a ocupação desordenada de áreas de riscos de desastres, com a finalidade de reduzir as vulnerabilidades das áreas urbanas aos escorregamentos, alagamentos e outros desastres.
- **Diretriz nº 5:** Estabelecer critérios relacionados com estudos e avaliação de riscos, com a finalidade de hierarquizar e direcionar o planejamento da redução de riscos de desastres para as áreas de maior vulnerabilidade do território nacional.
- **Diretriz nº 6:** Priorizar as ações relacionadas com a Prevenção de Desastres, através de atividades de avaliação e de redução de riscos de desastres.
- **Diretriz nº 7:** Implementar a interação entre os órgãos do governo e a comunidade, especialmente por intermédio das COMDEC ou órgãos correspondentes e dos Núcleos Comunitários de Defesa Civil (NUDEC), com a finalidade de garantir uma resposta integrada de toda a sociedade.
- **Diretriz nº 8:** Implementar programas de mudança cultural e de treinamento de voluntários, objetivando o engajamento de comunidades participativas, informadas, preparadas e cientes de seus direitos e deveres relativos à segurança comunitária contra desastres.

- **Diretriz nº 9:** Promover a integração da PNDC com as demais políticas nacionais, especialmente com as políticas nacionais de desenvolvimento social e econômico e com as políticas de proteção ambiental.
- **Diretriz nº 10:** Implementar o Sistema de Informações sobre Desastres no Brasil (SINDESB) e promover estudos epidemiológicos, relacionando as características intrínsecas dos desastres com os danos humanos, materiais e ambientais e com os prejuízos econômicos e sociais consequentes.
- **Diretriz nº 11:** Buscar novas fontes de recursos financeiros para o SINDEC, aprimorar os mecanismos existentes e implementar: os recursos relacionados com o Fundo Especial para Calamidades Públicas (FUNCAP); e projetos capazes de atrair apoio tecnológico e/ou financeiro das agências internacionais e/ou de cooperação bilateral.
- **Diretriz nº 12:** Implementar as atividades do Comitê Brasileiro do Decênio Internacional para Redução dos Desastres Naturais (CODERNAT) e o intercâmbio internacional, objetivando concertar convênios de cooperação bilateral e multilateral na área de redução de desastres, estabelecendo caráter de permanência, a fim de que as ações não se esgotem com o término do Decênio.
- **Diretriz nº 13:** Estimular estudos e pesquisas sobre desastres.
- **Diretriz nº 14:** Implementar projetos de desenvolvimento científico e tecnológico do interesse da Defesa Civil.
- **Diretriz nº 15:** Promover a inclusão de conteúdos relativos à redução de desastres, valorização da vida humana, primeiros socorros e reanimação cardiorrespiratória nos currículos escolares (BRASIL, 2007).

O Decreto nº. 5.376, de 17 de fevereiro de 2005, constitui o SINDEC, sob a coordenação da Secretaria Nacional de Defesa Civil do Ministério da Integração Nacional (SEDEC/MIN), os órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal (DF) e dos Municípios, as entidades privadas e a comunidade como responsáveis pelas ações de defesa civil em todo território nacional.

O Decreto nº. 7.257, de 04 de agosto de 2010, dispõe sobre: o SINDEC; o reconhecimento de situação de emergência e estado de calamidade pública; as transferências de recursos para ações de socorro, assistências às vítimas, restabelecimento de serviços essenciais e reconstrução nas áreas atingidas por desastres.

A I Conferência Nacional de Defesa Civil e Assistência Humanitária, realizada em 2010, constituiu-se um marco histórico na construção coletiva e democrática de uma política pública de defesa civil considerando as demandas e necessidades da sociedade brasileira (BRASIL, 2010).

A Lei nº. 12.608, de 10 de abril de 2012, institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC) criando o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC) e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil (CONPDEC).

Esta Lei é considerada como um avanço na defesa civil brasileira por abarcar princípios estratégicos na prevenção dos desastres, a qual exige a integração das políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia, além das demais políticas setoriais visando a promoção do desenvolvimento sustentável.

A PNPDEC prevê também a atuação articulada entre União, estados, Distrito Federal e municípios, com participação da sociedade, para redução de desastres e apoio às comunidades atingidas.

Böing e Crepaldi (2010, p. 635) consideram que no cenário atual, “as políticas públicas de saúde brasileiras são organizadas e regidas pelas leis do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Destacam ainda que:

O SUS está amparado em uma vasta legislação, cujo triple principal é formado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis no. 8.080 e no. 8.142, ambas de 1990; complementarmente, existiram várias normas operacionais. As portarias ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas, e visam a definir instruções para a execução das leis aprovadas pelo Poder Legislativo.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como tema focal “Democracia é Saúde” tornando-se um fórum de luta para descentralização do sistema de saúde e para implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Foi um momento importante do movimento da reforma sanitária brasileira além da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde.

França e Viana (2006) citam a Lei 8.080/1990 que situa o SUS como instância de atuação sistemática no atendimento à população em todo território brasileiro segundo os seguintes princípios: universalidade no atendimento, integralidade nas ações em saúde, equidade e participação social.

Camargo-Borges e Cardoso (2005) incluem como diretrizes do SUS: a regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, o fortalecimento dos municípios, a descentralização da gestão administrativa e a resolutividade popular.

Os princípios constitucionais relativos à saúde tornaram explícita a sua abrangência, legitimando-a como um direito a ser garantido pelo Estado, cujo cumprimento requer mudanças na forma como vem sendo prestada a atenção no Brasil, de modo a conferir-lhe o caráter integral nas diferentes ações e medidas levadas a efeito.

O Ministério da Saúde (MS), a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, tem concentrado esforços na construção e consolidação do SUS tendo como compromisso intersetorial de estado a garantia do direito à saúde conforme disposições expressas na Lei nº. 8.080. Na prática, esse trabalho significa dar cumprimento aos princípios e às diretrizes que devem nortear a atenção à saúde no

país e, por via de consequência, o funcionamento do SUS. As ações são executadas pelos órgãos competentes de todas as esferas do SUS, ou seja: MS, Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios.

Dentre outras competências do SUS destaca-se em referência a desastres e emergências a participação do setor saúde na definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana.

A Lei nº. 8.080, em seu art. 36, salienta a possibilidade de liberação de transferência de recursos para financiamento de ações não previstas nos planos de saúde dos Municípios, Estados, DF e da União, apenas nas situações emergenciais ou de calamidade pública na área da saúde.

A conformação de um modelo de atenção requer o desencadeamento de um processo extremamente amplo e complexo, que transcende o setor saúde, envolvendo vários outros setores públicos, organizações, atores e a população em geral, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva.

A integralidade da atenção significa a incorporação efetiva, ao modelo vigente, de ações de promoção e de proteção da saúde em paralelo àquelas de recuperação. É um princípio fundamental do SUS que garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações sobre enfermidades.

Ao redefinir o modelo de gestão em saúde, a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, editada em 1996, estabeleceu como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, indicando, como consequência fundamental disso, a redefinição das responsabilidades dos Estados, do DF e da União, que devem prestar a imprescindível cooperação técnica e financeira para que os municípios exerçam a gestão do sistema local.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, e do Plano Nacional de Saúde - 2004/2007, o MS propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) num esforço para o enfrentamento aos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo, exigindo assim a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

O MS definiu a Agenda de Compromissos pela Saúde a qual agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Essas mudanças geram as mais diferentes e diversificadas necessidades que repercutem direta ou indiretamente na saúde individual e coletiva.

Por envolver tão amplo espectro, as necessidades das pessoas não só extrapolam o alcance do setor saúde, como se relacionam a vários outros setores, envolvendo obrigatoriamente, cada pessoa em particular bem como a sociedade como um todo.

Existe todo um esforço na transformação do modelo de atenção que vem sendo praticado no país, por meio de estratégias diversas, entre as quais figura o Programa/Estratégia de Saúde da Família.

O foco da atuação do setor específico de saúde tem se situado, primordialmente, no desenvolvimento de ações dirigidas à prevenção, ao controle e à eliminação de doenças, agravos e fatores de risco, cujas causas não são passíveis de serem extintas no seu âmbito próprio, envolvendo, por conseguinte, outros setores.

Em março de 2005, a Instrução Normativa nº 1, regulamenta a Portaria nº. 1.172/2004 no que se refere às competências da União, Estados e Municípios na área de Vigilância em Saúde Ambiental.

A Portaria nº. 372/GM do MS, de 10 de março de 2005, constituiu a Comissão referente ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropogênicos.

Costa e Lionço (2006) discorrem sobre a real compreensão dos princípios do SUS como elementos necessários para desenvolvimento de políticas públicas para o setor saúde cuja efetivação da universalidade e da integralidade seja disposta para a promoção da equidade mediante modelos de atenção surgida da participação social na gestão e proposição dessas políticas que envolvem articulações intersetoriais além de práticas de ações transversais num movimento intrasetorial na Saúde.

O Decreto nº. 7.508, de 28/06/2011, regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19/09/1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foi instituída em 2004 e implantou seu modelo de gestão, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em 2005. A nova política parte da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal, junto a outras políticas públicas, para garantia dos direitos de cidadania, destacando seguranças básicas de cidadania tais como: sobrevivência (renda e autonomia); acolhida (inserção na rede de serviços e provisão das necessidades humanas); convívio familiar, comunitário e social; desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social; e sobrevivência a riscos circunstanciais (AFONSO, 2008).

Para Cruz (2009, p. 12), o SUAS é uma versão para a assistência social “daquilo que foi o SUS, pois introduz novos procedimentos de gestão, de promoção, de execução e de fiscalização da assistência social, priorizando o atendimento às famílias em estado vulneráveis”.

A Resolução nº. 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) define a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade.

Afonso (2008) caracteriza a PSB como voltada para indivíduos, famílias e grupos em vulnerabilidade decorrente de pobreza, exclusão e/ou violência, mas com vínculos de pertencimento social. Além de benefícios (como o Benefício de Prestação Continuada – BPC), inclui programas como o Programa de Apoio Integral à Família (PAIF), desenvolvido pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) em territórios de vulnerabilidade social. Por sua vez a PSE subdivide-se em média complexidade, quando há vínculos preservados apesar de ocorrência de violação de direitos (Programa de Combate ao Trabalho Infantil) e alta complexidade, quando os vínculos foram ameaçados ou rompidos (Abrigos).

Os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade de interesse em casos de desastres naturais englobam o Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências que promove apoio e proteção à população atingida por situações de emergência e calamidade pública, com a oferta de alojamentos provisórios, atenções e provisões materiais, conforme as necessidades detectadas.

Assegura também a realização de articulações e a participação em ações conjuntas de caráter intersetorial para a minimização dos danos ocasionados e o provimento das necessidades verificadas.

Considerando que fenômenos de desastres e emergências como fenômeno relevante em destaque, cada vez mais presente no Brasil, o CFP busca integrar e construir em seu planejamento esta nova demanda de atuação para o psicólogo em sua pauta destacando o tema para o biênio 2011 e 2013, conforme previsto em seu Sistema Conselhos.

O caderno do resultado final do VI Congresso Nacional da Psicologia do CFP, ocorrido em 2007, em Brasília, propõe que a psicologia em emergências e desastres inserida na proposta “Nº. 65 - Intervenção dos Psicólogos nos Sistemas Institucionais” (2007, p. 51) deva abordar as seguintes diretrizes:

1. Realizar mapeamento e pesquisa, pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), dos psicólogos que atuam na área de psicologia das emergências e desastres, de modo a desenvolver referências técnicas para a prática.
2. Informar aos gestores públicos e aos próprios profissionais sobre a organização desses sistemas de referências.
3. Dar visibilidade à atuação dos psicólogos que atuam em Emergências e Desastres, com vistas ao reconhecimento desta área de atuação pelos psicólogos e pela sociedade.
4. Sensibilizar a categoria para atuar em situações de emergências e desastres de diversas origens de acordo com as orientações do gerenciamento dos desastres.
5. Propor uma ampla discussão do tema, junto aos profissionais psicólogos, aos órgãos públicos envolvidos com a população em situação de risco e outros profissionais que atuam na área de psicologia das emergências e desastres.
6. Reivindicar a inserção de Psicólogos em instituições/espços relacionados a: defesa civil/segurança pública, a fim de tornar disponível o trabalho psicológico a profissionais que atuam com emergências e desastres (bombeiros e policiais) e comunidades.
7. Incentivar a promoção de eventos em conjunto com psicólogos latino-americanos para construção dos saberes/ referências no tema.
8. Incentivar as entidades de educação (articulado com a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia - ABEP) para o aperfeiçoamento dos profissionais psicólogos para atuar nesse contexto.
9. Contribuir na organização de uma Entidade Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres.

No âmbito do CREPOP do CFP, articula-se a psicologia emergências e desastres como uma construção coletiva junto à sociedade no compromisso com a promoção de direitos conforme discutido no VI Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas realizado em Salvador (BA) em 11 de maio de 2011.

Neste sentido, o CFP buscando ampliar as possibilidades de atuação dos psicólogos em Emergências e Desastre realizou o II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres em Brasília (DF) em novembro de 2011.

2 INTERSETORIALIDADE DA REDE DE ARTICULAÇÃO EM DESASTRES E EMERGÊNCIAS

Neste capítulo estão abordados os princípios e as diretrizes legais referentes ao Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que constituem os principais organismos da intersectorialidade da rede de articulação em desastres.

Tem-se também uma visão geral da atuação de organismos não governamentais e instituições assistenciais, mediante o intercâmbio ou desempenho articulado conhecido como Ajuda Humanitária.

2.1 Conceito de rede e matriciamento

Considerando que o Brasil vive um processo de descentralização das políticas públicas que aglutinam demandas sociais, Romagnoli (2010) destaca as redes como importantes estratégias na captação e ampliação de recursos públicos e privados no fortalecimento institucional das organizações responsáveis pelo atendimento e assistência à população em geral. Reitera que a intersectorialidade torna-se uma alternativa possível com objetivo de integralizar a atenção e o atendimento aos atravessamentos sociais relativos aos problemas concretos do cotidiano (ROMAGNOLI, 2010).

Para Pacheco (2009) uma rede (no caso específico de saúde mental) caracteriza-se pelo conjunto de serviços diversificados que disponibilizam cuidados necessários aos seus usuários nos diversos momentos de suas vidas, bem como consegue abarcar o conjunto de relações nas quais estes sujeitos são envolvidos, tais como vínculos estabelecidos e ações de reabilitação psicossocial empreendidas objetivando resgatar a cidadania e autonomia desses atores. Aquele autor (2009, p. 196) ainda complementa:

O conceito de rede também deve ser entendido para além das políticas e serviços de saúde, pois engloba a própria comunidade onde esta rede é desenvolvida, podendo incorporar parcerias com outras organizações oficiais e não governamentais.

O Brasil (2007) define apoio matricial como:

[...] um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

Para Guattari (1996, p. 123) o afeto da subjetividade territorial aparece habitado por um horizonte que está além do tempo discursivo: “o território existencial faz-se aqui, simultaneamente, terra natal, pertencimento de mim, adesão ao clã, efusão cósmica”.

Whitaker (1993) considera como sistemas organizacionais de suma importância aqueles com capacidade de reunir instituições de forma democrática e participativa, horizontalmente, em torno de objetivos comuns para fins coletivos.

Neste sentido Ceccim e Feuerwerker (2004) discutem o conceito de controle social no âmbito do SUS como o direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão nas formulações, execução e avaliação da política nacional de saúde.

Destacando que somente a combinação de ações, entre políticas primando pela intersectorialidade e intergovernabilidade, bem como a manutenção constante de relação entre agentes sociais, potencializa o desempenho da política pública, assegurando assim uma intervenção agregadora e includente, Carvalho (2003) apresenta os seguintes pressupostos para a gestão pública em rede: articulação entre as esferas do Governo, participação paritária entre governo e sociedade civil mediante a constituição de conselhos, ênfase nos cidadãos, autonomia e

interdependência entre os atores participantes da rede, controle público corresponsável com o bem coletivo mediante a efetividade das ações com o desempenho dos serviços e programas.

Silva et al (2010) destacam que a Política de Saúde Mental (2003) e a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2004) reiteram o modelo de Apoio Matricial como dispositivo de intervenção e operacionalização junto à Atenção Básica, pautado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, territorialidade, intersetorialidade, integralidade, além de ter como subsídio o princípio de responsabilidade compartilhada entre as instituições e equipes referenciadas e participantes do setor.

Para Blanes e Ballarin (2011, p. 4):

O apoio matricial mostra-se como espaço que possibilita a ampliação e o estabelecimento de trocas e de conhecimento, caracterizando situações cotidianas de ensino e aprendizagem, permitindo o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, bem como o acesso a outras informações, a construção de novas estratégias de intervenção, a corresponsabilização e fortalecendo do trabalho interdisciplinar.

A lógica intersetorial “supõe a articulação de planos e o compartilhamento de informações apresentando-se, sobretudo, mais permeável à participação do cidadão” (WESTPHAL; MENDES, 2000 apud KLEBA; COMERLATTO, 2011, p. 4).

Para Amarante (2007), o princípio da intersetorialidade abarca estratégias que englobam diversos setores sociais, tanto do campo da saúde em geral, incluindo a saúde mental, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo, articulando-se em rede do público ao privado e comunitário formando assim uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos.

Kleba e Comerlatto (2011) salientam que a implantação da intersetorialidade na gestão de políticas públicas congrega decisão e compromisso público além de implicar alterações dinâmicas no funcionamento e promoção de mudanças nas estruturas de poder nas relações institucionais e com a sociedade.

Como espaços públicos de exercício de poder, Kleba e Comerlatto (2011, p. 5) consideram que:

[...] os conselhos gestores de políticas públicas desempenham papel fundamental para impulsionar e consolidar relações, à medida que deliberam sobre políticas, programas, projetos e serviços, com efeitos sobre as condições de vida da população e o contexto socioambiental em seu âmbito de atuação. Aliado a esse papel, o campo da gestão social se ocupa de parcerias e do compartilhamento de responsabilidades entre Estado e sociedade civil, para assegurar a integralidade e a efetivação dos direitos sociais.

Tais Redes de Serviços de Apoio Matricial, no contexto de desastres e emergências, devem atuar tanto antes da ocorrência do evento natural de forma preventiva, buscando minimizar os riscos sofridos pela população, quanto durante e depois da ocorrência do desastre, de forma a gerenciar os danos e, posteriormente, revertê-los, recuperando a situação da população atingida.

2.2 Atuação dos principais órgãos da intersectorialidade da rede de articulação em desastres no Brasil

2.2.1 Sistema Nacional de Defesa Civil

A Defesa Civil no Brasil está organizada sob a forma de sistema, o Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), centralizado pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC), órgão do Ministério da Integração Nacional (MIN) (BRASIL, 2010).

Conforme a Política Nacional de Defesa Civil (PNDC), o SINDEC tem a seguinte composição:

- Órgão Superior: o Conselho Nacional de Defesa Civil (CONDEC).
- Órgão Central: a SEDEC.
- Órgãos Regionais: as Coordenadorias Regionais de Defesa Civil (CORDEC).
- Órgãos Estaduais e Municipais: as Coordenadorias Estaduais de Defesa Civil (CEDEC) e as Coordenadorias Municipais de Defesa Civil (COMDEC).

- Órgãos Setoriais: os órgãos e as entidades da administração pública federal, estadual, municipal e do Distrito Federal (DF), envolvidos nas ações de Defesa Civil, que se articulam com os órgãos de coordenação, com objetivo de garantir atuação sistêmica.
- Órgãos de Apoio: os órgãos e as entidades públicas estaduais, municipais e privadas que venham a prestar ajuda aos órgãos integrantes do SINDEC, além dos conselhos profissionais, como o Sistema-Conselhos de Psicologia, conselhos municipais, organizações não governamentais, conselhos tutelares, conselhos de saúde, empresariado, universidades etc. (BRASIL, 2007).

O Decreto nº. 7.257/2010 cria o Grupo de Apoio a Desastres (GADE), vinculado à Secretaria Nacional de Defesa Civil, formado por equipe multidisciplinar, mobilizável a qualquer tempo, para atuar nas diversas fases do desastre em território nacional ou em outros países.

O SINDEC prevê também a existência dos Núcleos Comunitários de defesa Civil (NUDECs) que funcionam como centros de reuniões e debates entre a COMDEC e as comunidades locais, integrando as comunidades no processo de reflexão sobre a realidade dos riscos, incentivando a construção de uma consciência coletiva acerca da preservação do meio ambiente local, sobre a ótica da minimização dos desastres (BRASIL, 2010).

O CONDEC é o órgão colegiado de caráter normativo, deliberativo e consultivo integrante da estrutura regimental do Ministério da Integração Nacional, tem por finalidade a formulação e deliberação de diretrizes governamentais em matéria de defesa civil conforme ratifica o Decreto nº. 7.257, de 4 de agosto de 2010, sendo composto pelos seguintes órgãos:

- I - Ministério da Integração Nacional - coordenação;
- II - Casa Civil da Presidência da República;
- III - Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República;
- IV - Ministério da Defesa;
- V - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;

- VI - Ministério das Cidades;
- VII - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- VIII - Ministério da Saúde;
- IX - Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República.
- X - Dois representantes dos Estados e Distrito Federal;
- XI - Três representantes dos Municípios; e
- XII - Três representantes da sociedade civil (BRASIL, 2010).

Saiz (1998 apud BRASIL, 2010) considera que o modelo pretendido para proteção civil deve ser desburocratizado e descentralizado sustentando-se na participação social, a partir da identificação e reconhecimento dos diferentes grupos existentes em determinado território, buscando formas adequadas de comunicação e informação conforme o contexto sociocultural das comunidades.

A mobilização social e a construção de redes são estratégias importantes para o planejamento das ações de Defesa Civil em todas suas fases: prevenção, preparação, resposta, e reconstrução (BRASIL, 2010).

Brasil (2010) conclui:

O processo de elaboração do plano de contingência envolve múltiplas instituições e múltiplos saberes, portanto, deve ser inclusivo, ou seja, envolver órgãos governamentais municipais, estaduais e federais; organizações não governamentais; empresas privadas; conselhos de psicologia; universidades; profissionais do SUS; psicólogos do corpo de bombeiros, da polícia militar, da defesa civil, das prefeituras locais; profissionais de serviço social, entre outro. Sendo fundamental a participação da comunidade, protagonista em sua localidade e parte se sua construção histórica.

2.2.2 Sistema Único de Saúde

O SUS, instituído pelas Leis federais nºs. 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto pela Carta Magna de 1988 (BRASIL, 2004, p. 13), considerando que:

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

A Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, considera que no campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em Rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação (BRASIL, 2010, p. 3).

Coelho et al (2010) reiteram os avanços alcançados a partir do SUS no que tange o investimento na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como processo do desenvolvimento e fortalecimento da Atenção Primária.

Böing e Crepaldi (2010) distinguem o uso dos termos atenção primária de atenção básica por vezes utilizados como sinônimos. Consideram que a atenção básica tem um sentido mais amplo, empregado particularmente no contexto da saúde pública brasileira, e compreende:

[...] ações integrais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, cujas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS sendo sua efetivação realizada através da ESF.

E o termo atenção primária é de cunho internacional e tem significado mais restrito, “relacionado à saúde coletiva em ações de promoção e prevenção”.

Para Oliveira et al (2007), a ESF dá o primeiro passo de mudança no cenário ao iniciar a lógica de funcionamento em rede, contribuindo para uma nova forma de atuar dos profissionais envolvidos junto às comunidades.

Do ponto de vista das políticas públicas em saúde mental, após a Lei nº. 10.126/2001 e as Portarias nºs. 189/2002 e 336/2002 que regulamentaram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de atenção psicossociais evoluíram extraordinariamente inclusive com mudança de paradigma do cuidado hospitalar manicomial para os serviços territoriais, fazendo uma comparação positiva e eficaz entre as reformas sanitária e psiquiátrica: a ESF e o PACS são análogos aos CAPS e aos Serviços Residenciais Terapêuticos (COELHO ET AL, 2010).

Considerando a atual política em saúde mental do MS, os CAPS são concebidos como dispositivos estratégicos para a organização da Rede de Atenção em Saúde Mental, destacando o conceito de territorialização como procedimento circunscrito no espaço de convívio social dos usuários dessas unidades e resgatando assim o potencial dos recursos comunitários locais (BRASIL, 2007).

Neste contexto, território caracteriza-se, além do significado geográfico, pelos seus habitantes com seus respectivos conflitos, interesses, relação de amizade e vizinhança, instituições, equipamentos urbanos, vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2004).

Brasil (2007, p. 3) salienta que:

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica, dentre eles: noção de território, organização em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de cidadania dos usuários, e construção da autonomia de usuários e familiares.

Portanto, os CAPS, como dispositivos,

[...] devem estar articulados na rede de serviços de saúde, necessitando permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004).

A Portaria nº. 372/2005 constituiu Comissão referente ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres que coloquem em risco a saúde da população, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, tendo como principais metas: a vigilância epidemiológica e ambiental, a assistência farmacêutica, a engenharia de saúde pública, a vigilância sanitária, a assistência hospitalar e ambulatorial, e a ajuda humanitária internacional.

Essa Comissão é composta pelas seguintes unidades do Ministério da Saúde:

- I - Secretaria-Executiva - SE;
- II - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
- III - Secretaria de Gestão Participativa - SGP;
- IV - Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- V - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;
- VI - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; e
- VII - Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (BRASIL, 2005).

Mediante a Portaria nº. 2.952/2011, o MS institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN/SUS) a ser acionada na ocorrência de situações de emergência em saúde pública, epidemiológica, desastre e desassistência à população, e para integrar ações humanitárias e em resposta internacional coordenada.

2.2.3 Sistema Único de Assistência Social

Andrade e Romagnoli (2010) destacam que as diretrizes da política pública de assistência social baseiam-se na descentralização das ações, sendo de responsabilidade da esfera federal a coordenação e as normas gerais, e dos Estados e Municípios a coordenação e a execução dos programas e projetos, garantindo-se o comando das ações em cada esfera de governo e respeitando-se as diferenças e as características territoriais locais.

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é um equipamento público que se enquadra na proteção social básica e que atua na perspectiva de prevenção de situações de risco. O CRAS fica localizado, obrigatoriamente, em territórios onde há presença de vulnerabilidades e riscos sociais, enfocando a família e os vínculos comunitários (BRASIL, 2006).

As orientações técnicas para implantação do CRAS do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) (BRASIL, 2009, p. 7) salientam que:

[...] sua implantação pressupõe diálogo com os elementos fundamentais do Sistema Único de Assistência Social, tais como: proteção básica e especial (articulação e fluxos na relação com os serviços socioassistenciais do território e com proteção especial); responsabilidade das três esferas na oferta e cofinanciamento da proteção básica; e rede que integra o SUAS - pública e privada sem fins lucrativos, no território de abrangência dos CRAS. Além disso, chama-se atenção para a importância da articulação do PAIF (Programa de Atenção Integral à Família) aos demais serviços setoriais, uma responsabilidade do gestor municipal.

O MDS reitera que as funções do CRAS não devem ser confundidas com as funções do órgão gestor da política de assistência social municipal ou do (DF): os CRAS são unidades locais que têm por atribuições a organização da rede socioassistencial e oferta de serviços da proteção social básica em determinado território, enquanto o órgão gestor municipal ou do DF tem por funções a organização e gestão do SUAS em todo o município (BRASIL, 2009).

Analogamente à reforma psiquiátrica com a implantação do CAPS/SUS, o CRAS também apresenta como fatores identitários dois grandes eixos estruturantes do SUAS: a matricialidade sociofamiliar e a territorialização.

O Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) é a unidade pública estatal que oferta serviços de Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade, especializados e continuados, gratuitamente a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. Além da oferta de atenção especializada, o CREAS tem o papel de coordenar e fortalecer a articulação dos serviços com a rede de assistência social e as demais políticas públicas (BRASIL, 2012).

Os CREAS têm abrangência tanto local (municipal ou do DF) quanto regional, neste caso abrange diversos municípios, de modo a assegurar maior cobertura e eficiência na oferta do atendimento.

Especificamente o programa de PSE de Alta Complexidade inclui, em caso de desastres, o Serviço de Proteção em Situações de Calamidade e Emergências que promove o apoio e a proteção à população atingida por situações de emergências e calamidades públicas, com a oferta de alojamentos provisórios/abrigos, atenções e provisões materiais, conforme as necessidades detectadas (BRASIL, 2012).

Nas situações de emergências oferece atendimento a famílias e indivíduos atingidos por incêndios, desabamentos, deslizamentos, alagamentos. Atende famílias que tiveram perdas parciais ou totais de moradia, objetos ou utensílios pessoais e se encontram temporária ou definitivamente desabrigadas (BRASIL, 2012).

Também são atendidos indivíduos removidos de áreas consideradas de risco, em ações de prevenção ou por determinação do Poder Judiciário. Neste serviço, as famílias são encaminhadas aos abrigos através de notificação de órgãos da administração pública municipal, Defesa Civil, ou caso os profissionais da assistência social identifiquem a presença dessas pessoas nas ruas (BRASIL, 2012).

O MDS considera que este serviço de proteção especial de Alta Complexidade deve assegurar a articulação e a participação de todos os setores da sociedade para a minimização dos danos ocasionados e o provimento das necessidades verificadas (BRASIL, 2012)

Os espaços dos abrigos, a princípio transitório, por vezes se perpetuam e a situação excepcional acaba virando rotineira, vindo acarretar por vezes efeitos negativos sobre o equilíbrio emocional dos abrigados (BRASIL, 2010).

2.3 Atuação dos organismos de ajuda humanitária em desastres

Apresentaremos uma visão geral da atuação de organismos não governamentais ou instituições internacionais de financiamento e assistenciais, mediante o intercâmbio ou desempenho articulado conhecido como Ajuda Humanitária Internacional.

A Ajuda Humanitária Internacional passou por um processo de organização depois que desastres traumáticos afetaram o México e a Colômbia em 1985. Em 1986, delegados governamentais de altos cargos dos países da América Latina e Caribe se reuniram na Costa Rica. Nessa reunião estiveram presentes representantes de organismos internacionais, países doadores e organizações não governamentais que examinaram formas mais compatíveis de viabilizar as necessidades dos países afetados (CERUTTI, 2007).

Com relação à Ajuda Humanitária, diversos organismos internacionais criaram a Carta Humanitária, determinando as normas mínimas que garantam todas as medidas possíveis a serem tomadas para evitar ou aliviar o sofrimento humano decorrente de catástrofes ou conflitos, considerando os princípios que devem ser respeitados por todos que auxiliam nas situações de desastres conforme rezam o conjunto do direito internacional relativo aos direitos humanos (BRASIL, 2010).

A Ajuda Humanitária Internacional oferecida pelo Brasil é coordenada pelo Ministério das Relações Exteriores por meio do Grupo Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional (GIAHI), criado pelo decreto de 21 de junho de 2006. Esse Grupo é composto por representantes de 11 Ministérios que atuam na área de assistência humanitária.

No Brasil, a Defesa Civil é responsável pelo recebimento e distribuição do material de assistência humanitária (BRASIL, 2010). O MS tem prestado ajuda humanitária internacional por meio de medicamentos da farmácia básica e do *kit* de medicamentos para atendimento a estados e municípios acometidos por desastres naturais, insumos, equipamentos, vacinas, soro antiofídico e recursos humanos para países (CERUTTI, 2007).

Dentre instituições e organismos não governamentais que atuam ajuda humanitária internacional destacam-se: Cruz Vermelha Internacional, Médicos sem Fronteiras, Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), Global Facility for Disaster Reduction and Recovery (GFDRR/Banco Mundial), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), CARE Internacional.

SEGUNDA PARTE

3 PSICOLOGIA EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES: CONCEITOS E CAMPO DE ATUAÇÃO

Neste capítulo estão clarificados os principais conceitos usualmente utilizados atualmente em psicologia em emergências e desastres como campo de conhecimento e atuação interdisciplinar, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), além de outros tópicos que subsidiam a compreensão do fenômeno desastre e sua interferência na saúde coletiva.

Objetivando assegurar melhor compreensão do tema nesse campo transdisciplinar, alguns fundamentos devem ser apresentados, englobando disciplinas suplementares tais como: conceito de trauma e transtornos além de seus efeitos na prevenção e na intervenção em eventos traumáticos, luto e resiliência; conceito de crise e seus efeitos na prevenção e na intervenção; conceito de risco social e ambiental e sua relação com os determinantes sociais de saúde.

Santos (1988, p. 141) salienta a importância dos conceitos:

Todos os conceitos com que representamos a realidade e à volta dos quais constituímos as diferentes ciências sociais e suas especializações, a sociedade e o Estado, o indivíduo e a comunidade, a cidade e o campo, as classes sociais e as trajetórias pessoais, a produção e a cultura, o direito e a violência, o regime político e os movimentos sociais, a identidade nacional e o sistema mundial, todos estes conceitos têm uma contextura espacial, física e simbólica, que nos tem escapado pelo fato dos nossos instrumentos analíticos estarem de costas viradas para ela, mas que, vemos agora, é a chave da compreensão das relações sociais de que se tece cada um destes conceitos.

Segundo Schnitman (1996), em função da convergência entre ciência, cultura e terapia na contemporaneidade apreende-se uma perspectiva processual que localize a noção do sujeito numa bio - lógica psicossocial.

Por sua vez, Morin (1996, p. 275) dissecar o momento histórico e cultural no qual encontramos como separativo, disjuntivo e redutor, pois “buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes”, eliminando assim o problema da complexidade e evitando o verdadeiro pensamento que enfrenta a desordem e a incerteza.

Este Trabalho entende que o fenômeno desastre vincula-se necessariamente ao campo de saúde considerando principalmente as suas consequências sociais e ambientais como processo multidimensional e transdisciplinar.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o setor saúde é “uma espécie de encruzilhada para onde vão todas as situações de violência, pois as vítimas exercem muita pressão sobre os serviços de urgência, de assistência social e psicológica, assim como em todos os atendimentos especializados” (MINAYO, 1994 apud BRUCK, 2007, p. 14).

Nesse sentido é oportuno dialogar com o conceito de “determinantes sociais de saúde” (DSS), pois conforme salienta Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) seu conceito inclui que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde”.

Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) apresentam outros conceitos, a saber:

- Os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (OMS);
- Os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS);
- Fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação (KRIEGER, 2001);
- Características sociais dentro das quais a vida transcorre (TARLOV, 1996).

As iniquidades de saúde provocadas pelos DSS são estudadas a partir de seus aspectos físico-econômicos, tais como renda e infraestrutura, fatores psicossociais, incluindo desigualdades sociais; além dos enfoques ecossociais, que englobam abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Cabe aqui destacar o seguinte relato de Heredia (2009, p. 117) referente ao fenômeno desastre:

No caso concreto das vítimas ou dos afetados por um evento que gera desastre, as pessoas têm problemas concretos, porém, infelizmente, os profissionais que intervêm geralmente as visualizam como pacientes ou futuros enfermos. *Trata-se de algo relevante uma vez que nos preocupamos em compreender a saúde em suas múltiplas determinações.* O critério de bem-estar ou de qualidade de vida muitas vezes se confunde com necessidades satisfeitas, ou, na melhor das hipóteses, com a forma de satisfazê-las; em geral não se levam em consideração nem a forma de fazê-lo, nem o nível de participação da população com tudo o que isso significa em termos de tomada de decisões; tampouco se leva em consideração os critérios de equidade e/ou uma perspectiva de gênero (grifo meu).

Schnitman (1996) corrobora com esta assertiva quando afirma:

Sentir-se partícipes/autores de uma narrativa, da construção dos relatos históricos, é uma das vias de que dispõem os indivíduos e os grupos humanos para tentar atuar como protagonistas de suas vidas, incluindo a reflexão de como emergimos como sujeitos, de como somos participantes de e participados pelos desenhos sociais.

Thomé (2009) considera que populações ou comunidades, inicialmente saudáveis, acometidas por catástrofes são assoladas por todos os temores humanos e violência disruptiva enfrentando um tipo de estresse emocional que pode evoluir para um quadro de sofrimento psíquico agudo e adoecimento.

Neste contexto considera ainda que a dinâmica dos desastres, no campo da Saúde e da Saúde Mental, deve ser compreendida através do conceito da “Ecobioética”, que estimula a mudança de paradigmas para enfrentar, compreender e intervir na realidade.

O conceito de Ecobioética confronta as relações do homem com o próprio homem, assim como do homem com o meio ambiente em que ele vive, incluindo-se não só animais, vegetais e minerais, como também os fenômenos geofísicos, para promover um desenvolvimento saudável, amparado no seu tempo e sustentável (THOMÉ, 2009).

Neste sentido, Morin (1996) define autonomia como um princípio da auto-eco-organização onde há uma profunda dependência energética - organização viva - do meio ambiente, seja biológico, meteorológico, sociológico ou cultural.

3.1 Campo inter e transdisciplinar

As orientações técnicas para implantação dos Centros de Referência e Assistência Social (CRAS) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (BRASIL, 2009, p. 67) consideram:

[...] a interdisciplinaridade como um processo de trabalho recíproco, que proporciona um enriquecimento mútuo de diferentes saberes, que elege uma plataforma de trabalho conjunta, por meio da escolha de princípios e conceitos comuns. Esse processo integra, organiza e dinamiza a ação cotidiana da equipe de trabalho e demanda uma coordenação, a fim de organizar as linhas de ação dos profissionais em torno de um projeto comum.

Tais orientações (BRASIL, 2009, p. 67) ainda destacam que:

[...] o trabalho em equipe não pode negligenciar a definição de responsabilidades individuais e competências buscando identificar papéis, atribuições, de modo a estabelecer objetivamente quem, dentro da equipe interdisciplinar, encarrega-se de determinadas tarefas.

Traverso-Yépez (2001) defende a criação de um espaço permanente para compartilhamento de concepções sistêmico-ecológica da vida humana dos profissionais de saúde de todas as áreas de formação objetivando criar base

conceitual comum no trato do processo saúde-doença numa perspectiva interdisciplinar.

Os riscos e desastres não pertencem exclusivamente a uma área de conhecimento ou campo profissional, pois demandam ações interdisciplinares, capazes de articular diferentes saberes e práticas, incluindo as populações que vivem em áreas de risco (BRASIL, 2010).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que para o setor de ensino é urgente uma reforma da educação que abarque o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho do profissional. Salientam que a realidade e produção de sentidos, no caso da saúde, pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às instituições formadoras de suas profissões mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes.

A Psicologia em emergências e desastres apresenta-se como um novo de campo de atuação e/ou especialização e não necessariamente de conhecimento do psicólogo, pois os saberes e fazeres já são utilizados em outros contextos tornando-se assim uma clínica ampliada de escuta e de participação efetiva nesses tipos de eventos.

Além da Psicologia outras áreas afins no campo da saúde como Serviço Social, Sociologia, Pedagogia, Enfermagem, Medicina, dispõem de ferramentas adequadas para integração do processo de gerenciamento de risco de desastre, incluindo os diversos setores sociais.

3.2 Conceitos do fenômeno desastre

Bruck (2007) diferencia desastres de emergências, termos que definem esse novo campo da psicologia, considerando desastre como o “resultado de eventos adversos, naturais ou provocado pelo homem, sobre uma população vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais”.

Por Emergência, Bruck (2007, p. 14) considera como uma “situação crítica ou acontecimento perigoso ou fortuito e urgência como situação que exige providências inadiáveis necessitando de atendimento rápido”.

Pode-se considerar como emergência as situações catastróficas ou os desastres produzidos por causas naturais como terremotos, erupções vulcânicas, secas, enchentes, tornados, furacões; por acidentes tais como incêndios; ou, ainda, condições diretamente provocadas pelo homem como conflitos armados, ataques terroristas, sequestros relâmpagos, violência urbana, tráfico de drogas, entre outros. Em todas essas ocorrências a integridade física e/ou emocional das pessoas está ameaçada (SÁ et al, 2008).

No linguajar popular, desastre é considerado como uma calamidade, uma desgraça (HEREDIA, 2009).

Para Monteiro e Pinheiro (2011), devido à diversidade de fatores desencadeadores da ocorrência e respectivos efeitos, é frequente a confusão do conceito de desastre natural com fenômeno natural.

Estes autores consideram que fenômeno natural é toda manifestação da natureza resultante de seu funcionamento interno que não necessariamente provoca um desastre natural. Em contrapartida o desastre natural é a correlação entre um fenômeno natural perigoso (terremoto, furacão, maremoto, tempestade) e determinadas condições socioeconômicas e físicas vulneráveis, suscetíveis a sofrer danos e com dificuldades de recuperação imediata, sendo um produto do processo histórico de mudanças na sociedade (MONTEIRO; PINHEIRO, 2011).

No Brasil, os principais desastres naturais identificados são os deslizamentos de encostas e as inundações, ambos associados a eventos pluviométricos sazonais intensos. Normalmente os primeiros geram o maior número de vítimas fatais (BRASIL, 2006). Esta publicação destaca que nas cidades brasileiras a ocupação irregular e inadequada de suas encostas contribui na ocorrência mais frequente de escorregamentos.

Segundo a Política Nacional de Defesa Civil (PNDC) (BRASIL, 2007, p. 8), os desastres são definidos como “o resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais, e consequentes prejuízos econômicos e sociais”.

Para a Estratégia Internacional para a Redução de Desastres, da Organização das Nações Unidas (EIRD/ONU) (2009, p. 13-14), define-se desastre como:

[...] uma séria interrupção no funcionamento de uma comunidade ou sociedade que ocasiona uma grande quantidade de mortes e igual perda e impactos materiais, econômicos e ambientais que excedem a capacidade de uma comunidade ou a sociedade afetada para fazer frente à situação mediante o uso de seus próprios recursos.

O *Committee on the Challenges of Modern Society* define o desastre “como um ato da natureza ou do homem, cuja ameaça é de suficiente gravidade e magnitude para justificar assistência de emergência” (CAMPUZANO, 1987 apud HEREDIA, 2009).

Mattedi e Butzke (2001 apud BRUCK, 2007, p. 16) destacam que:

[...] o debate sobre as formas de interpretação das "calamidades naturais" nas ciências sociais é complexo e tem sido desenvolvido pela utilização de muitos conceitos como, por exemplo, crises, catástrofes naturais, desastres naturais, riscos naturais, vulnerabilidade, situações extremas, impactos negativos, emergências; contudo, é possível diferenciar duas grandes tradições de análise: a teoria dos hazards, desenvolvida do ponto de vista geográfico, que enfatiza os aspectos naturais, e a teoria dos Desastres desenvolvida do ponto de vista sociológico, que enfatiza os aspectos sociais.

Considera-se Defesa Civil como o conjunto de procedimentos e ações de prevenção e de socorro, assistenciais e reconstrutivas, objetivando a minimizar se possível evitar os desastres, preservar a integridade física e moral da população, bem como restabelecer a normalidade social pré-existente (BRASIL, 2010).

A PNDC define situação de emergência como o reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal, provocada por desastre, causando danos suportáveis à comunidade afetada, e estado de calamidade pública o reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal, provocada por desastre, causando sérios danos à comunidade afetada, inclusive à incolumidade ou à vida de seus integrantes (BRASIL, 2007).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (1996 apud BRASIL, 2010) entende-se por comunidades seguras aquelas em que as autoridades políticas e civis, as organizações públicas e privadas, os empresários, trabalhadores, classes profissionais e a sociedade dedicam constantes esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população além do estabelecimento de relação harmoniosa com meio ambiente e expansão dos recursos comunitários buscando melhoria de convivência, desenvolvimento da solidariedade, cogestão e democracia.

Inversamente ao conceito de comunidades seguras, temos hoje um aumento significativo no número de pessoas expostas a riscos de desastres em função das mudanças climáticas, modificações ambientais, reativações geológicas e desigualdades socioeconômicas que afetam grupos populacionais locais bem como a humanidade como um todo (BRASIL, 2010).

Em Brasil (2006), o termo risco indica a probabilidade de ocorrência de algum dano a uma população (pessoas ou bens materiais), sendo uma condição potencial de ocorrência de um acidente.

Para Heredia (2009), tanto o conceito de risco como o de desastre podem ser considerados como uma construção social, pois os desastres vão além de um problema da natureza quando surgem como problemas não resolvidos do desenvolvimento, sendo as vulnerabilidades sociais o resultado de déficits no desenvolvimento.

Segundo Brasil (2010), o risco não é apenas um estímulo físico isolado perceptível ou não, e sim, tanto o risco como sua percepção, resultados de construções sociais abarcando dimensões física, subjetiva e multidimensional.

Levine (1999) descreve que o modo como os indivíduos percebem o perigo em situações ameaçadoras depende de recursos internos e externos; os recursos externos se apoiam no ambiente de entorno imediato como protetor, e os recursos internos, estes dependem do senso do eu vivenciado por uma pessoa como respostas instintivas inatas, atitudes psicológicas e experiências de vida.

3.3 Conceitos do campo da Psicologia

Bruck (2007, p. 19) entende e destaca que:

[...] a psicologia das emergências como um tema de angústia pública. Chamo de angústia pública, este sentimento difuso de mal estar que se origina dos acontecimentos públicos traumáticos, chamados estressores, tais como os acidentes de trânsito com vítima, assim como os provenientes das demais situações limites de toda a violência urbana, nos desastres, nas calamidades naturais e nas emergências.

Valero (2007, p. 4) compreende a psicologia em emergências e desastres como:

[...] o ramo da psicologia que se concentra no estudo das reações indivíduos e grupos humanos no antes, durante e depois de emergência ou de catástrofe e a realização de estratégias de intervenção psicossocial que visam a mitigação e preparação da população, estudar como os seres humanos respondem aos alarmes e como otimizar o alerta, prevenção e redução de respostas inadequadas durante o evento de impacto e facilitando posterior reabilitação e reconstrução.

Por sua vez Sodré Vieira e Vieira (2009) conceituam a psicologia das emergências como:

[...] um campo da psicologia dirigida ao estudo e intervenção em acidentes, desastres e crises. Comporta tanto os aspectos preventivos quanto terapêuticos. Seus objetivos são pessoas e comunidade atingidas por violência, desastres, ou qualquer condição que as exponha a ameaças à vida, ou a perdas traumáticas.

O conceito de adaptação para Simon (1995 apud NAVES; TAVARES, 2011, p. 5) refere-se a um “conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja compatível com a vida”.

Tavares (2009, p. 2) define crise num sentido psicológico como:

[...] um processo subjetivo de vivência ou experimentação de situações de vida, nas quais condições internas e externas mobilizam uma pessoa e demandam novas respostas para as quais ela ainda não adquiriu, não desenvolveu, não domina ou perdeu capacidade, repertório ou recursos capazes de dar solução à complexidade da tarefa em questão.

O Brasil (2010) aborda o conceito de resiliência no contexto da saúde mental como a capacidade de resistir às pressões e traumas mantendo a integridade psíquica.

Para Berceli (2010, p. 32)

[...] trauma é qualquer experiência que traz uma sobrecarga ao mecanismo normal de suportar dificuldades” e a respectiva “reação traumática é uma resposta básica de emergência do organismo humano sendo ativado para promover a sobrevivência.

O Brasil (2010, p. 119) compreende trauma “como uma interação entre o evento, o desastre e as condições psicológicas prévias e singulares a cada pessoa afetada”.

Nutt e Ballenger (2009) consideram como definição contemporânea do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), descrito pela primeira vez no DSM-III (1980) e consolidado no DSM-IV (APA, 1994), “como um transtorno de ansiedade precipitado pela exposição a um evento que envolva morte real ou ameaça de morte, grave lesão, ameaça à integridade pessoal de si ou outros, causando intenso medo, desamparo ou horror”.

O diagnóstico de TEPT, descritos no DSM-IV (1994), tem vários tipos, dependendo de fatores como a fase de desenvolvimento do local de ocorrência do trauma, presença ou não de descontrole de impulsos, perfil específico de sintomas, incluindo dissociativos, comorbidades, ou doença mental pré-existente, que ocorrem pelo tempo de um mês ou mais após o trauma (NUTT; BALLENGER, 2009).

Outro transtorno de ansiedade relacionado ao tema é o Transtorno de Estresse Agudo, incluído no DSM-IV-TR (2002 apud FIRST et al, 2004), relacionado aos sintomas agudos de estresse pós-traumático (revivência, evitação, aumento de excitação autonômica) que aparecem no período imediatamente posterior ao evento traumático (NUTT; BALLENGER, 2009).

Na CID-10 (OMS, 1993), o TEPT encontra-se no agrupamento dos transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse, e transtornos somatoformes – F40 a F48, especificamente é categorizado por reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (F43) desencadeados em função de uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis, de curta a longa duração, além de ter natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica.

Estas reações do F43 são diferenciadas em: reação aguda a estresse, transtorno de estresse pós-traumático, e transtorno de ajustamento (CID-10, 2009).

Para Gregorim et al (1999 apud VIEIRA NETO; VIEIRA, 2005) esses diagnósticos subsidiam o estudo e a compreensão das sequelas psicológicas de situações decorrentes de atos violentos, desastres de origem natural, acidentes, potencialmente provocadoras de choque, abalo ou comoção, ou seja, traumatizando as pessoas afetadas.

Levine (1999, p. 34) questiona a definição do DSM referente ao diagnóstico trauma no que tange a abrangência das experiências incomuns como vaga e enganosa:

[...] ameaça grave à vida ou integridade física; ameaça grave ou dano aos filhos, ao cônjuge ou a outros parentes próximos ou amigos; destruição repentina da casa ou da comunidade; ver outra pessoa que está ou foi recentemente ferida gravemente ou morta como resultado de um acidente ou de violência física.

Ressalta que outros acontecimentos – acidentes quedas, doenças e cirurgias – são potencialmente traumatizantes, entretanto não são vistas como estando fora da amplitude da experiência humana usual; por outro lado, estupros, tiroteios, violência doméstica, por exemplo, que sempre serão eventos traumáticos, acontecem frequentemente em muitas comunidades sendo considerados dentro da amplitude da experiência humana usual (LEVINE, 1999).

Nesta linha Kellermann e Hudgins (2010, p. 12) abordam o trauma como “qualquer catástrofe que ameace a vida e seja emocionalmente arrasadora a ponto de comprometer os mecanismos adaptativos regulares das pessoas, seja na infância, seja na vida adulta, seja por um episódio localizado ou um abuso contínuo”.

Para Blatner (2010, p. 41), o luto “é o processo de cura do deslocamento psicossocial causado pela perda de relacionamentos sociais e intrapsíquicos, sendo sua elaboração um processo de enfrentamento de uma perda significativa, não podendo ser imposto pela vontade”.

Kovács (1992, p. 161) diferencia o luto saudável do patológico:

[...] a aceitação da modificação do mundo externo, ligada à perda definitiva do outro, e a conseqüente modificação do mundo interno e representacional, com a reorganização dos vínculos que permaneceram. Os processos defensivos são constituintes regulares de todo o processo de luto em qualquer idade, e se tornam patológicos quando assumem caráter irreversível, fazendo parte integrante da vida.

TERCEIRA PARTE

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E DISCUSSÃO TEMÁTICA

4.1 Metodologia

Para Flick (2009), a pesquisa qualitativa pode e deve demonstrar a variedade de perspectivas a respeito de temas complexos, partindo dos significados sociais e subjetivos de todos os atores a ele relacionados.

No caso do tema desastres e emergências, além de cartografar a atuação das instituições referenciais, é de suma importância contar com o controle social das populações impactadas considerando que os pontos de vista e as práticas no campo são diferentes conforme respectivos contextos sociais e perspectivas diversas especificamente da psicologia.

Para Silveira (2003), a construção do conhecimento em pesquisas referentes à saúde pública está imersa numa rede de determinantes sociológicos, políticos e ideológicos, tornando-se complexa a tarefa do pesquisador levando-o a buscar novos caminhos na abordagem metodológica do fenômeno estudado, coadunando com as concepções teóricas do estudo e às ferramentas técnicas necessárias à apreensão de uma dada realidade.

O foco de investigação aqui apresentado iniciou-se quando este tema surgiu pela primeira vez, para o autor desta Monografia, em uma aula de ética profissional ao ser discutido o art. 1º, alínea “d”, do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) que prevê a prestação de serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal.

Foi assim que muitos dos alunos presentes descobriram que a psicologia também atua mediante as situações catastróficas e de uma forma diferente da clássica, na qual a demanda chega ao psicólogo. No caso de situações emergenciais como as catástrofes é o psicólogo que vai até as demandas.

A partir da minha participação num evento acadêmico do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) em 2010 - Fórum de Debates I – quando fui moderador do debate sobre a Psicologia dos Desastres e das Emergências, resolvi então torná-lo o tema da minha monografia. Esta mesa-redonda teve a participação dos seguintes debatedores: Alejandro Olivieri Professor do UniCEUB e Doutor em Sociologia, Karine Dutra Ferreira da Cruz, Assessora Técnica da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, e Daniela da Cunha Lopes (Diretora do Departamento de Minimização de Desastres da Secretaria Nacional de Defesa Civil – SEDEC).

A metodologia da pesquisa configura-se em estudo qualitativo mediante a utilização das seguintes técnicas: revisão dos marcos regulatórios das políticas públicas e referencial teórico pertinente mediante descrição de documentos técnicos e marcos regulatórios referentes ao tema, além da observação participante em eventos públicos acadêmicos e institucionais.

Nesta perspectiva, conforme preconiza Flick (2009), a presente pesquisa foi ancorada teoricamente na observação participante visando à descrição e compreensão dos processos institucionais e sociais, neste caso também ambiental, na produção das situações de atuação e articulação nos fenômenos de emergências e de desastres.

A observação participante aqui praticada se aproxima da Teoria Fundamentada, pois segundo Charmaz (2009), esta metodologia aplicada da teoria fundamentada prioriza o processo estudado, pois desde o início dos trabalhos de campo, os pesquisadores estudam o que ocorre no ambiente e elaboram uma interpretação conceitual dessas ações.

Pacheco (2009) considera que a observação participante permite ao pesquisador criar uma familiaridade com o campo de estudo, seus códigos de valores e crenças, e as formas de interação entre seus protagonistas, bem como cita Jodelet (2003 apud PACHECO, 2009, p. 212), quando esta diz:

[...] que este instrumento de pesquisa é uma “*abertura ao outro*”, pois está técnica possibilita uma disposição a tudo que o contexto de entorno pode oferecer enquanto elemento a mais na compreensão do objeto de estudo.

Esta ferramenta de pesquisa foi utilizada por Pacheco (2009, p. 213) mediante a participação como observante-pesquisadora em vários locais e em situações diversas, tais como: “a) visitas aos serviços da rede; b) reuniões de trabalho e supervisões; c) eventos sociais e festas; e d) eventos políticos e/ou científicos”.

O processo de coleta de informações e dados, complementado pela observação participante, se apoiou na pesquisa documental e levantamento bibliográfico sobre o referencial regulatório e legal sobre o tema no âmbito nacional e internacional além da consulta dos anais e informes de eventos temáticos em saúde e psicologia em emergências e desastres.

O referencial teórico que embasou a discussão deste Trabalho situa-se na interface da psicologia da saúde e psicologia social que sustentam as políticas públicas aqui apresentadas especificamente no âmbito da saúde pública e coletiva.

Camargo-Borges e Cardoso (2005) colocam a Psicologia Social da Saúde como importante campo de conhecimento e prática na construção de formas diferenciadas de intervenção na saúde, por implicar numa intervenção tanto local como coletiva, além de reconhecer a saúde como um fenômeno multidimensional.

Durante a sistematização das informações procurou-se organizar os dados por categorias temáticas considerando como modelo a análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (2009, p. 44):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para Minayo proceder “uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência

signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (apud KLEBA; COMERLATTO, 2011, p. 4).

Bardin (2009, p. 131) considera que a análise temática representa a contagem de um ou mais itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. E continua:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

No caso desta Monografia optou-se pelo sistema categorial de análise da temática da Psicologia dos Desastres e Emergências como um Campo Transdisciplinar com atuação compartilhada numa Gestão em Rede Intersetorial, destacando também como competência relevante o protagonismo do controle e participação social na gestão de políticas públicas.

Para a revisão bibliográfica foram utilizados livros e artigos técnicos - científicos de periódicos, periódicos, publicações, impressos, relatos de experiências na área e pesquisa através da internet bem como aqueles veiculados por instituições de pesquisa, órgãos governamentais (federais, estaduais e municipais), oriundos das pastas governamentais: Saúde, Cidades, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Integração Nacional (Defesa Civil), Secretaria de Direitos Humanos, e organismos internacionais ligados à questão: Organizações das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Centro Regional de Información sobre Desastres - América Latina e Caribe (CRID), Estratègia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD), dentre outros.

A Observação Participante foi constituída mediante a efetiva participação do autor da presente monografia como ouvinte ou moderador ou palestrante em eventos institucionais temáticos como congressos, seminários sobre psicologia em emergências e desastres, saúde em desastres e prevenção e atuação em desastres

já ocorridos. Foram utilizadas diversas técnicas como: análise de anais e vídeos, diário, observações, registro por escrito das apresentações dos palestrantes.

Os eventos considerados neste trabalho de monografia foram:

- Fórum de Debates I do Curso de Psicologia do UniCEUB, realizado entre 27 e 28 de maio de 2010.
- Fórum de Debates II Curso de Psicologia do UniCEUB, realizado no dia 25 de maio de 2011.
- 3º Seminário Nacional sobre Saúde em Desastres. Organizado pelo Ministério da Saúde (MS) com apoio da OPAS. Realizado em Brasília/DF, entre 5 e 7 de outubro de 2011.
- I Seminário Regional de Psicologia em Emergências e Desastres, realizado pelo Conselho Regional de Psicologia – 1ª. Região (CRP-01), no dia 17 de novembro de 2011, em Brasília/DF.
- II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres. Organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Realização entre 23 e 25 de novembro de 2011, em Brasília/DF.

No projeto de pesquisa inicial tínhamos como objetivo de estudo realizar entrevistas semi-estruturadas com tomadores de decisões das instituições intersetoriais da rede de articulação em desastres com foco no campo da psicologia: Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Também se contatou o CFP mediante sua participação atual na articulação da Psicologia no contexto desastre e emergências. Entretanto após longo processo de negociação com as devidas autoridades ou seus representantes esta etapa acabou não sendo lograda.

Flick (2009) denomina esse processo por “trabalho de consentimento” que pode tornar-se um problema operacional explícito para o pesquisador e participante, pois a pesquisa pode representar uma intromissão na vida da instituição mediante três implicações: (i) revelação das limitações de suas atividades, (ii) justificativas indefinidas da pesquisa , e (iii) falta de razões para recusar o convite.

Especificamente na presente pesquisa apenas o MS posicionou-se favorável à pesquisa emitindo o termo de aceite. Entretanto em função da mudança do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) para Plataforma Brasil para protocolo da pesquisa no comitê de ética de pesquisa do UniCEUB não houve tempo hábil para a devida aprovação.

4.2 Observação participante – Eventos acadêmicos e institucionais

A série de eventos considerados que tiveram a finalidade de subsidiar a discussão temática nesta Monografia está descrita a seguir com as respectivas palestras e temas abordados.

- a) 1º Fórum de Debates do Curso de Psicologia do UniCEUB, realizado entre 27 e 28 de maio de 2010.

No dia 27 de maio de 2010 foi realizada a Mesa Redonda “Psicologia das Emergências e Desastres” como parte integrante da disciplina Fórum de Debates II do UniCEUB sob a orientação da professora Claudia May Philippi.

A composição da mesa foi a seguinte:

- Marco Andrey Hermógenes, mediador da mesa, aluno do UniCEUB e também geólogo especialista em gestão ambiental e análise de impactos socioambientais de obras de engenharia.

Palestrantes:

- Alejandro Gabriel Olivieri (Professor do UniCEUB e Doutor em Sociologia), possui Graduação em Filosofia pela Universidad de Buenos Aires (UBA,1985), Mestrado em Sociologia Política (orientação em Ecologia Política) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC,1995) e Doutorado em Sociologia (orientação em Sociologia Ambiental) na

Universidade de Brasília (UnB, 2009). Atualmente é professor no UniCEUB, na Faculdade de Ciências da Saúde (FACES) – Curso de Psicologia, e do Centro Universitário UNIEURO, no curso de Relações Internacionais e no Curso de Letras. Palestra: Desafios Teóricos para Caracterizar os Riscos na Sociedade Contemporânea.

- Karine Dutra Ferreira da Cruz (Assessora Técnica da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do MS), Psicóloga, Especialista em Clínica Psicanalítica, Mestre em Psicologia Social, Consultora da Área Técnica de Saúde Mental do MS. Palestra: Saúde Mental em Desastres.
- Daniela da Cunha Lopes: (Diretora do Departamento de Minimização de Desastres da SEDEC), Tenente Coronel do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF); graduada em Serviço Social pela UnB e em Psicologia pelo UniCEUB. Formação em Psicodrama Aplicado; Especialização em Terapia Familiar. Extensão universitária: Por Uma Abordagem Psicopolítica das Alcoolizações. Curso de Especialização em Psicopatologia Dinâmica. Palestra: Emergências e Desastres – Um desafio para a Psicologia.

b) 3º Fórum de Debates do Curso de Psicologia do UniCEUB, realizado no dia 25 de maio de 2011.

Foi realizada, no dia 25 de maio de 2011, Mesa Redonda intitulada “Psicologia das Emergências e dos Desastres: Estamos Preparados?” sob a orientação da professora Claudia May Philippi.

O evento contou com a presença de três debatedores sob a mediação do aluno Alexandre Pinto cuja relação é apresentada a seguir.

- Nome: Marília Lohmann Couri. Psicóloga e professora. Psicoterapeuta individual, conjugal e familiar. Mestre em terapia familiar. Especialista em terapia hospitalar e em violência doméstica contra a criança e o adolescente. Diretora psicológica da PARTICIPAIS. Psicóloga do programa violeta-prevenção de acidentes e violência do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS),

vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Ex-presidente da Associação de Terapia Familiar do Centro-Oeste. Perita judicial e fundadora da Associação Goiana de Terapia Familiar (ATFAGO).

- Nome: Gustavo Costa. Coordenador do programa Oikos/Nova Acrópole. Membro da Associação Nova Acrópole desde 2007. Voluntário na implantação do Programa Oikos de ecologia e proteção civil.
- Nome: Dulce Fátima Cerutti. Consultora para a área de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres de Origem Natural. Assessora técnica a Estados e Municípios atingidos por desastres de grande magnitude. Responsável pelas capacitações da área. Especializações em Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária.

c) 3º Seminário Nacional sobre Saúde em Desastres. Organizado pelo MS com apoio da OPAS. Realizado em Brasília/DF, entre 5 e 7 de outubro de 2011.

O Programa de Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos associados aos Desastres (VIGIDESASTRES) da Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, por meio do programa VIGIDESASTRES, com apoio da OPAS, realizou o 3º Seminário Nacional sobre Saúde em Desastres.

Esse encontro reuniu representantes de diversas instituições, governamentais e não governamentais, que atuam em desastres para reflexão sobre a temática dos desastres de origem natural e as ações de prevenção, preparação e resposta às emergências de saúde pública bem como discutir as experiências locais e promover a troca de conhecimento sobre o tema.

O seminário contou com cinco painéis apresentando os seguintes temas e instituições participantes:

Painel 1 - O Território como Espaço de Intervenção

- OPAS/OMS: A gestão dos riscos associados aos desastres de origem natural

e de origem antropogênica e suas implicações na saúde.

- DSAST/SVS/MS: A atuação do SUS em desastres – a organização e a experiência do Ministério da Saúde.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Unidades de Saúde Seguras.
- Departamento de Conservação da Biodiversidade/Ministério do Meio Ambiente (MMA).

Painel 2 - Mudanças Climáticas e Saúde

- MMA: A Política Nacional sobre Mudança do Clima (PNMC).
- MMA: A Mudança do Clima e seus efeitos sobre a Saúde.
- MS: Observatório Clima e Saúde.
- CGVAM/SVS/MS: plano Setorial da Saúde sobre Mudança Climática.

Painel 3 – A Gestão de Riscos de Desastres

- Secretaria Nacional de Defesa Civil/Ministério da Integração Nacional: Sistema Nacional de Defesa Civil (SEDEC/MIN/SINDEC) – articulações interinstitucionais.
- CGVAR/SVS/MS: Plano Nacional de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública.
- FIOCRUZ: Plano Multirrisco – avanço na elaboração do Plano-risco para acidentes com produtos perigosos, desastres de origem natural e emergência nuclear.
- VIGIDESASTRES/MS: Diretrizes para elaboração do Plano de Preparação e Respostas a Emergências de Saúde Pública.

Painel 4 – Integração – avanços e desafios para atuação em desastres

- MS: A organização do Setor Saúde para atuação em eventos de massa.
- MS: Política de Atenção às Urgências no SUS – SAMU e Força Nacional de Saúde.

- MS: Preparação para eventos de massa: experiências e desafios.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS): Gerenciamento de abrigos em situações de desastres.

Painel 5 – Manejo de desastres: Experiências do Setor Saúde

- MS: A Vigilância em saúde em situações de Emergência de saúde Pública.
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).
- Secretaria Municipal de Saúde de Nova Friburgo.

d) I Seminário Regional de Psicologia em Emergências e Desastres, realizado pelo CRP-01.

No dia 17 de novembro de 2011, o CRP-01, por meio de sua Comissão de Saúde, vai realizar o “I Seminário Regional de Psicologia em Emergências e Desastres”.

Este encontro serviu como uma etapa preparatória para o “II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres” promovido pelo CFP.

O seminário teve a participação dos seguintes convidados:

- Cibele Antunes Fernandes: psicóloga hospitalar e professora da Universidade Católica de Brasília (UCB), cuja palestra apresentada foi “Psicologia Intensiva: Novos Caminhos da Clínica diante do Paciente Crítico”.
- Marco Andrey Teixeira Hermógenes: geólogo e graduando em Psicologia do UniCEUB, cuja palestra apresentada foi “Psicologia em Emergências e Desastres – Responsabilidade Compartilhada como Apoio Matricial à Articulação da Rede de Atenção em Saúde”.
- Álvaro Pereira da Silva Junior: psicólogo e conselheiro do CRP-01, cuja palestra apresentada foi “Experiência no IML – Caso da GOL 1907”.

- Luciana Stoimenoff Brito e Elaine Medina Nascimento e Silva, cuja palestra apresentada foi “Implantação do serviço de Psicologia no SAMU/DF”.

e) II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres. Organizado pelo CFP. Realização entre 23 e 25 de novembro de 2011, em Brasília/DF.

O II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres, objetiva subsidiar o desenvolvimento do plano de contingência da psicologia em emergências e desastres incluindo a avaliação do processo de organização e configuração do trabalho dos psicólogos e psicólogas sobre o tema, envolvendo atores e protagonistas envolve governo e sociedade civil.

Além disso, o Seminário também contou com outros objetivos tais como: possibilitar a expressão das produções e dos profissionais; produzir uma avaliação da conjuntura nacional e internacional sobre o tema de emergências e desastres; discutir a relação do tema com as políticas públicas; e estimular a integração latino-americana através da articulação da Rede Latino-Americana de Psicologia em Emergências e Desastres.

O Evento contou com uma conferência e nove mesas-redondas apresentando os seguintes temas e participantes:

Abertura Oficial:

- Psicóloga Clara Goldman: Vice-Presidente do CFP;
- Deputado Glauber Braga (filiado ao PSB-RJ); e
- Ministro Milton Rondó (Ministério das Relações Exteriores – MRE).

Conferência – Políticas Internacionais de Enfrentamento de Desastres:

- Margarita Vilallobos: Mestre em Relações Internacionais e Oficial de Informação Pública de Estratégia Internacional para a Redução de Desastres (EIRD) da Organização das Nações Unidas (ONU).

Mesa-Redonda 1 – Contribuição da Psicologia para o enfrentamento das emergências e desastres e a construção de referências:

- Alexis Ruiz: Professor da Universidade de Havana e representante do Centro Latino-Americano de Medicina dos Desastres de Cuba; e
- Marcos Ferreira: Doutor em Psicologia Social. Atua em Psicologia Organizacional, ética profissional, história e epistemologia da Psicologia, Psicologia do Trabalho e Psicologia Ambiental.

Mesa-Redonda 2 – Afetados em Desastres: Desafios para a Proteção aos Direitos Humanos:

- Mário Malaquias: Promotor de Justiça, coordenador da área de Habitação e Urbanismo do Centro de Apoio Cível e de Tutela Coletiva (CAO-Cível) e de Tutela Civil do Ministério Público do Estado de São Paulo (MPE-SP); e
- Denise Muniz de Tarin: Procurador de Justiça; membro eleito para o Conselho Superior do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPS-RJ) – biênio 2010/2012; atuou como promotora de Justiça do meio ambiente em Petrópolis, RJ, por 10 anos e na 3ª Promotoria do meio ambiente da capital fluminense, por 2 anos; Coordenadora do Centro de Pesquisas do Instituto do Ministério Público do Rio de Janeiro.

Mesa-Redonda 3 – Políticas Intersectoriais de Enfrentamento às Emergências e Desastres:

- Roberto Tykanori Kinoshita: Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS;
- Aparecida Rodrigues da Silva: Coordenadora Geral de Serviços de Acolhimento, do Departamento de Proteção Social Especial (PSE) do MDS;
- Alice Bittencourt: Secretária dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR);
- Thiago Galvão: Gerente de Projetos do Departamento de Assuntos Fundiários Urbanos do Ministério das Cidades (MC); e
- Verena Martins Lellis: Psicóloga e técnica especializada do Centro de Gerenciamento de Desastre (CENAD) da SEDEC/MIN.

Mesa-Redonda 4 – A Psicologia em Emergências e Desastres na América Latina: Práticas e Organização Política:

- Desirée Salazar: Membro-Fundadora da Sociedade Peruana de Psicologia de Emergências e Desastres; Psicóloga Brigadista de Emergências e Desastres – Intervenção inicial do Ministério da Saúde do Peru;
- Alexis Ruiz: Professor da universidade de Havana e representante do Centro Latino-Americano de Medicina dos Desastres de Cuba; e
- Marcus Vinicius de Oliveira: Psicólogo, Mestre em Saúde Pública e Doutor em Saúde Coletiva. Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde coordena o Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental do Instituto de Psicologia.

Mesa-Redonda 5 – Lógica e práticas sócio-políticas que ampliam a vulnerabilidade social:

- Carmen Beatriz Fabriani: Pró Reitora de Graduação do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino FAE São João da Boa Vista (UNIFAE), São Paulo. A Dra. Fabriani é Psicóloga e Arquiteta, tendo desenvolvido

mestrado em planejamento urbano no MIN e tese em Psicologia Socioambiental;

- Henri Acselrad: Mestre em Economia, Doutor em Planejamento, Economia. Pública e Organização do Território. Professor do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); e
- Norma Felicidade Lopes da Silva Valêncio: Economista, Mestre em Educação e doutora em Ciências Sociais. Professora Colaboradora da Universidade de São Paulo (USP), campus São Carlos, e Professora do Departamento de Sociologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), onde coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais em Desastres (NEPED).

Mesa-Redonda 6 – Protagonismo e organizações comunitárias como condição para a proteção social efetiva:

- Tatiana Reichert: agricultora, líder comunitária e presidente da Associação dos Desabrigados e Atingidos da Região do Morro do Baú, Santa Catarina (SC);
- Maria Inês Guedes Santana: Associação de Moradores da Vila das Aeromoças de Jaboatão do Guararapes, Pernambuco (PE);
- Eliane Maria da Silva: Associação de Moradores da Vila das Aeromoças de Jaboatão do Guararapes (PE); e
- Bruno Nascimento: assessor de órgãos públicos municipais do legislativo e executivo em Petrópolis, e consultor ambiental pela Fundacion Universitaria Iberoamericana (FUNIBER). Dirigente de Organizações Não Governamentais (ONGs) atua em desenvolvimento social, econômico, urbano, político e ambiental. Formado como técnico em química com especialidade em gestão de infraestrutura urbana.

Mesa-Redonda 7 – Práticas Psicológicas no Enfrentamento das Emergências e Desastres:

- Samira Younes Ibrahim: Psicóloga, Pós-Graduada em Psicologia Médica. É professora do curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Nefrologia da Universidade Gama Filho – RJ;
- Maria Carolina da Silveira: Psicóloga, Especialista em Práticas Sociais. Professora da Unochapecó. Coordena o GT de Psicologia nas Emergências e Desastres do Conselho Regional de Psicologia – 12ª região (CRP-12);
- Annie Louise Saboya Prado: coordenadora do Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) em Suzano, São Paulo (SP), onde acompanha intervenções intersetoriais em áreas de risco circunscritas. Compõe o GT emergências e desastres do Conselho Regional de Psicologia – 6ª região (CRP-06); e
- Maria-Clara Mendes de Sousa: Psicóloga da Coordenadoria de Defesa Civil do Recife – CODECIR.

Mesa-Redonda 8 – Tecnologia, meio ambiente, sustentabilidade e organização social no enfrentamento de emergências e desastres:

- Yara Valverde Pagani: Bióloga e Doutora em Ciências ambientais. Especialista em Biociências Nucleares. Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro;
- Eduardo Soares Macedo: geólogo, Diretor do Centro de Tecnologias Ambientais e Energéticas do Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT);
- Reinhardt Fuck: Técnico da Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SEPED).

Mesa-Redonda 9 – Organização da Sociedade Civil no enfrentamento de emergências e desastres:

- José Magalhães de Souza: compõe a equipe de assessoria do setor de emergência da Cáritas Brasileira, membro do Conselho Nacional de Defesa Civil e do Fórum de Mudanças Climáticas;

- Clara Goldman: Conselheira e vice-presidente do CFP, responsável pelo tema de emergências e desastres; e
- Wanderley Gomes da Silva: Diretor de Comunicação da Confederação Nacional das Associações dos Moradores (CONAM); é membro do Fórum São Paulo pelo direito à cidade, e do Conselho do Instituto Nacional do Meio Ambiente (INM).

4.3 Recortes das discussões temáticas

Neste tópico estão apresentados os principais aspectos abordados nas apresentações e discussões em forma de recortes temáticos sobre o conteúdo das informações obtidas e dos subsídios produzidos pelos eventos científicos e acadêmicos cuja participação do autor desta monografia foi como ouvinte ou moderador ou palestrante, fazendo articulação com os dados e referências apresentados nos capítulos anteriores.

Destaca-se o grande número de instituições públicas, não governamentais e população alvo envolvidas em situações de desastres bem como a gama de disciplinas temáticas abordadas durante os eventos conforme descrito no subitem anterior.

Como Análise de Conteúdo, a temática do presente trabalho engloba a identificação dos obstáculos, desafios e avanços na composição e mobilização dos serviços das instituições envolvidas, contextualizando as questões mais específicas no desenvolvimento da intersectorialidade compartilhada da atual da rede de proteção e defesa civil.

Buscou-se também articular com o conhecimento e a prática psicológica propostas no âmbito da Psicologia dos Desastres e Emergências como um Campo de Atuação Transdisciplinar, além de enfatizar como competência relevante o protagonismo do controle e participação social na gestão de políticas públicas.

Portanto o sistema categorial construído em conjunto aos marcos regulatórios e referencial teórico e aos registros das informações coletadas nos eventos da

observação participante ficou constituído pelos seguintes temas de análise: (a) rede de proteção/defesa civil e intersectorialidade, (b) psicologia do desastre e emergência como campo de atuação transdisciplinar, e (c) controle social na gestão de políticas públicas.

O agrupamento nesses temas pode ser considerado apenas como um recurso didático para presente discussão e melhor compreensão das informações extraídas durante os eventos acadêmicos e institucionais que serviram como base dessa investigação científica monográfica, pois intrinsecamente estão altamente implicados no fenômeno Desastre e Emergência.

a) Rede de Proteção/Defesa Civil e Intersectorialidade

No 1º Fórum de debates do UniCEUB, o professor de filosofia do UniCEUB, abordou a relação entre a teoria da governamentalização e o risco numa tentativa de explorar o risco no contexto da vigilância, da disciplina e da regulação das populações; destacando que o atual conceito de risco faz muito que se tornou num instrumento de controle social e de vigilância sobre o território e sobre as populações, aferindo os seus hábitos e eventuais comportamentos desviantes, ou seja, nas relações dos homens com a riqueza, com os recursos, com os meios de subsistência, com o clima, com a cultura e com os estilos de pensamento, com os hábitos e com as ações, com a morte, com os acidentes, desastres ou catástrofes, e ainda, com a fome e epidemias.

A assessora técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, no 1º Fórum do UniCEUB, informa que no âmbito do MS, as questões que envolvem os desastres e suas consequências são conduzidas pela SVS/Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental, por meio do VIGIDESASTRES.

Os representantes do MS, no 3º Fórum do UniCEUB e no 3º Seminário Nacional sobre Saúde em Desastres, trataram da perspectiva do VIGIDESASTRES, cujos objetivos são:

- i. Estruturar e habilitar, em especial a vigilância em saúde ambiental, para a gestão dos desastres de origem natural no setor saúde;
- ii. Garantir que os sistemas, procedimentos e recursos físicos, humanos, financeiros e tecnológicos estejam preparados para proporcionar uma assistência rápida e efetiva às vítimas de desastres de origem natural, facilitando assim, as medidas de socorro e o restabelecimento da infraestrutura dos serviços relacionados com a saúde e o bem-estar da população.
- iii. Reduzir os danos à infraestrutura sanitária e de saúde.

Destacam ainda a atuação do VIGIDESASTRES que se justifica mediante as seguintes demandas:

- Aumento da vulnerabilidade humana relacionada ao modelo de desenvolvimento, com profundas repercussões nas condições de vida e saúde do homem;
- Processos não sustentáveis de uso e ocupação do território;
- Efeitos das mudanças do clima sobre o ambiente e os determinantes sociais;
- Adoção de matrizes tecnológicas (química e nuclear) sem incorporação de política eficiente para gestão de riscos de acidentes.

Além de desenvolver as seguintes demandas estratégicas:

- Normatização;
- Estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres nas unidades federadas e nos municípios;
- Constituições de Comitês de Desastres nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Desenvolvimento de planos de preparação e resposta no âmbito do SUS;
- Ações de educação em saúde;
- Capacitação de pessoal;

- Desenvolvimento de estudos e pesquisas;
- Identificação dos fatores de risco e das populações vulneráveis.

Atualmente vem organizando a atuação do Setor Saúde no âmbito das secretarias estaduais de saúde para atuação em situações de desastres mediante as seguintes ações: instituir e apoiar o Comitê Estadual de Saúde e Desastres, além de elaborar Plano Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta aos Desastres no que se refere aos atores do SUS.

No tocante a esta Gestão de Risco de Prevenção, Preparação e Resposta aos Desastres vem promovendo as seguintes ações:

1. Redução do Risco: Prevenção, Mitigação e Preparação:

- Estruturar Programa de Vigilância em Saúde Ambiental Associado a Desastres na sua esfera de atuação;
- Promover articulação intra e intersetorial;
- Identificar ameaças e vulnerabilidades;
- Identificar população exposta e recursos (rede de saúde) que possam ser impactados;
- Elaborar e implementar planos de preparação e resposta (protocolos de contingência) para o setor saúde;
- Promover capacitações e treinamentos.

2. Manejo do Desastre: Alerta e resposta:

- Apoiar a busca, o resgate e o socorro das pessoas atingidas;
- Convocar o Comitê de Saúde em Desastres e ativar a sala de situação;
- Notificar o desastre;
- Intensificar as ações de Vigilância em Saúde Ambiental e Sanitária;
- Avaliar os danos e identificar necessidades (preliminar).

3. Recuperação: Reabilitação e reconstrução:

- Intensificar as ações de vigilância em saúde;
- Organizar leitos disponíveis;
- Organizar fluxo de atendimento para agravos prioritários;
- Restabelecer serviço de abastecimento de água;
- Restaurar a rede de serviços e os programas de saúde;
- Avaliar danos (final).

Destacam que os principais desafios e perspectivas do Setor Saúde para a questão desastre são:

- Integralidade da Atenção em Saúde em Desastres (Vigilância – Assistência);
- Instituição de Comitês Estaduais de Desastres;
- Realização do Curso Virtual;
- Fomento à elaboração de Planos de Prevenção Preparação e Respostas – Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde;
- Fortalecimento da atuação junto à Rede do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

A representante do MS no 3º Fórum do UniCEUB destaca que a partir do terremoto ocorrido no Haiti, em janeiro de 2010, foi criado um Grupo de Assistência Humanitária, composto por várias áreas do MS, entre elas Assistência Farmacêutica, Vigilância Ambiental, Programa Nacional de Imunização (PNI), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Saúde Mental, FIOCRUZ e ANVISA.

A assessora técnica de saúde mental do MS no 1º Fórum do UniCEUB propõe a atuação dos agentes comunitários de saúde, responsáveis por parte da atenção básica em saúde, podem ser grandes parceiros neste processo.

Em sua palestra intitulada “Sistema Nacional de Defesa Civil: Articulações Interinstitucionais” a técnica da Defesa Civil, nos seminários do MS e do CFP, destaca as parcerias da Defesa Civil existentes nos diferentes níveis do Governo e em todos os setores da sociedade, não se reduzindo apenas aos técnicos, tais como: judiciário; conselho tutelar; Ministério Público; meios de comunicação (jornais, rádios, internet); e ONGs.

Considera como órgãos de defesa civil de articulação no fenômeno Desastre: CEDECs e COMDECs; Polícia Militar; Corpo de Bombeiros Militares; Órgãos de Assistência Social e da Saúde; Cruz Vermelha, radioamadores, Clube de Jipeiros; e Forças Armadas.

Portanto a representante da Defesa Civil afirma que “a proteção da população não é de responsabilidade exclusiva da defesa civil, sendo necessária uma atuação interinstitucional, intersetorial e interdisciplinar”.

A diretora da SEDEC no 1º Fórum do UniCEUB salienta que a proposta do Núcleo Comunitário de Defesa Civil (NUDEC) é tornar as informações da Defesa Civil acessíveis, transformadoras e que possibilitem a mudança cultural.

No 3º Seminário Nacional sobre Saúde em Desastres, a representante da ANVISA destaca que o planejamento das redes de saúde e de seus estabelecimentos tem sido direcionado principalmente para o atendimento às demandas assistenciais programáticas, sendo ainda incipiente, para o atendimento em situações de desastres de origem natural e/ou provocados pelo homem; não atendo assim as diretrizes de um Hospital Seguro que deve manter-se em funcionamento durante e imediatamente após um fenômeno destrutivo. Fato constatado também pela OPAS/OMS.

E essa falta de planejamento das redes de saúde e de seus estabelecimentos fica denotada nesse seminário quando a representante da Secretaria Municipal de Saúde descreveu a articulação intersetorial das instituições de defesa civil durante a catástrofe ocorrida em Nova Friburgo, na região serrana do RJ.

Imediatamente após as chuvas intensas a cidade de Nova Friburgo entrou em colapso, pois os serviços de infraestrutura básicos ficaram inoperantes como: água, energia elétrica, telefonia, limpeza urbana, transporte público, postos de abastecimentos, dentre outros. As principais rodovias de acesso à cidade ficaram interrompidas e a zona rural totalmente isolada. As fábricas/indústrias, comércio e a rede hoteleira ficaram comprometimento de sua capacidade funcionamento.

A rede de saúde também teve seus serviços comprometidos por terem sido afetados pela inundação ou atingidos pelos deslizamentos de terras.

Nos dois primeiros dias, a Fundação Municipal de Saúde agiu através do acionamento da rede hospitalar e os funcionários das diversas áreas de atuação mobilizaram-se para o primeiro atendimento às vítimas da catástrofe.

A atuação foi organizada com atendimento de alta complexidade no Hospital Municipal Raul Sertão, de média complexidade no Hospital Maternidade, que serviu como hospital geral, e os atendimentos menos complexos foram realizados no pátio da Prefeitura, onde foi montado um hospital de campanha com equipe municipal.

Destaca-se que nesse momento que muitos dos funcionários municipais em atuação também foram atingidos diretamente com perdas pessoais humanas e materiais.

A articulação intersetorial e humanitária foi a seguinte:

- Instalação de 02 hospitais de campanha da Marinha e do Corpo de Bombeiros;
- MS: Técnicos da SVS, profissionais dos hospitais federais, do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);
- Secretarias de Saúde (equipe de profissionais, fornecimento de (Equipamento de Proteção Individual (EPI), veículos e sede do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde (NDVS) como base);
- Exército, Polícia Militar e Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB);

- Outros atores (voluntários, ONGs, Universidades);
- Diagnóstico Situacional dos Abrigos: visitas técnicas para avaliação das condições físicas e higiênico-sanitárias dos abrigos pela equipe técnica da Vigilância em Saúde Municipal e da SVS/MS, com participação de técnicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No atendimento aos desabrigados realizaram-se as seguintes atividades com a participação da Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental, Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária e Vigilância Alimentar e Nutricional:

- Definição de equipe composta de médicos e enfermeiros para atendimento aos desabrigados;
- Distribuição de material educativo e orientação para prevenção das doenças respiratórias, de veiculação hídrica e por vetores e zoonoses;
- Realização de consulta médica e de enfermagem;
- Realização de imunização de Dupla Adulto (dT), com prévia avaliação de indicação;
- Distribuição de Hipoclorito de Sódio 2,5%;
- Composição de equipe das três esferas de governo para ações de assistência à saúde nos abrigos avaliados.

As ações da Vigilância em Saúde entre a Secretaria de Saúde de Estado e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC/RJ) foram:

- Instalação do laboratório móvel LACEN, no pátio da sede da Vigilância em Saúde;
- Realização de bloqueio de controle de roedores nas áreas com registro de casos suspeitos de leptospirose;
- Realização de Visita Domiciliar para Vigilância e Controle de Vetores de doença de veiculação hídrica (Dengue);

- Realização de visita para detecção de presença de animais peçonhentos em abrigos;

Em relação à Atenção Básica foram realizadas as seguintes ações:

- Carreta da Saúde: auxílio no atendimento ambulatorial nas áreas mais atingidas.
- Equipe de profissionais do Município, Estado e União prestando assistência nos abrigos e nas áreas sem Unidade Básica de Saúde (UBS) ou sem acesso.
- Identificação de Unidades para servirem de referência para os desabrigados.
- Convocação dos profissionais que estavam de férias.

Entre os entraves vividos foram:

- pouco apoio psicossocial aos trabalhadores da saúde local;
- pouca valorização além de críticas ao SUS municipal;
- sobreposição de ações e resposta de curto prazo (um mês); e
- invisibilidade do SUS e disputa por protagonismo.

Neste contexto, o CFP, no II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres, convoca a Defesa Civil para que os novos modos de enfrentamento dos desastres no Brasil devem necessariamente contemplar o controle social e público da política nacional de defesa civil. Isso demanda não só a urgência de implementação das diretrizes aprovadas na I Conferência Nacional de Defesa Civil, como também a urgente reestruturação do Conselho Nacional de Defesa Civil, que não contempla a paridade da representação da sociedade, havendo apenas três representantes para dois representantes dos Estados (PE e DF). Ademais, os representantes da sociedade civil foram nomeados por portaria da

Secretaria Nacional de Defesa Civil, sem consulta aos pares, como ocorre em outros conselhos semelhantes.

O documento proposto pelo CFP - conjuntamente aos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP's), a Cáritas Brasileira, CONAM, NEPED/UFSCar – traz demandas importantes a considerar na formulação do padrão de intervenção do Estado brasileiro nesse tema. Os itens incluídos no documento estão apresentados a seguir (Texto Base do II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres, 2011).

- Que haja linha de investimentos para elaboração de Planos Municipais de Defesa Civil com interação transversal com as demais políticas públicas (SUS, SUAS, Secretarias de Educação).
- Que a construção da política pública de Defesa Civil ocorra com a participação paritária entre sociedade civil, trabalhadores da Defesa Civil e poder público.
- Que sejam estabelecidas equipes interdisciplinares, com criação de carreira civil no aparelho de Estado, para a execução da política pública de Defesa Civil, considerando as necessidades de caráter biopsicossocial das comunidades.
- Que o organismo responsável pela Defesa Civil Nacional seja uma Secretaria Especial diretamente ligada à Presidência da República, de modo a possibilitar efetivo papel de coordenação das iniciativas governamentais, tanto de prevenção, quanto nas etapas de preparação, resposta e reconstrução ante os desastres.
- Que nos três níveis de governo haja destinação orçamentária para implantação, desenvolvimento e continuidade das ações contempladas nas ações de prevenção, preparação, resposta e reconstrução.
- Que os investimentos em prevenção ou reconstrução, vertentes de ação que terão de receber tratamento competente por parte dos organismos responsáveis por Defesa Civil.
- Que nas ações de prevenção seja dada prioridade ao incentivo e ao apoio material e técnico das ações dos Núcleos de Defesa Civil (NUDECs), compreendendo-os como mecanismo de autoproteção da comunidade.

- Que haja transparência e facilitação do acesso às informações relacionadas à Defesa Civil, de modo a garantir controle social sobre todas as informações referentes à prevenção e ocorrência de Emergências e Desastres. Tais informações devem cobrir desde os recursos destinados e utilizados em cada intervenção até o número de pessoas e domicílios afetados, a infraestrutura afetada e a garantia de acesso ao Formulário de Avaliação de Danos (AVADAN); sempre disponibilizadas no site da SEDEC.
- Que seja garantido o controle social das informações referentes a emergências e desastres prestadas pelo ente público de forma contínua, atualizada e independente de solicitação e constrangimentos burocráticos, por ser condição indispensável para garantir o planejamento de Estado, tanto numa perspectiva intersetorial quanto nos três níveis de governo, a fim de garantir o atendimento adequado das comunidades vulneráveis e a fiscalização da lisura das práticas do ente público no tema.
- Que a efetividade do uso dos recursos obtidos para prevenção de desastres e reconstrução das condições de vida das pessoas afetadas seja avaliada de modo sistemático e contínuo, visando à otimização do processo de redução da vulnerabilidade da população, inclusive quando afetada por desastres.
- Que, nas ações de resposta e reconstrução, seja considerado de forma permanente o incremento do protagonismo da população afetada na organização dos serviços, na tomada de decisões e na condução das ações a serem empreendidas.
- Que seja estabelecida imediatamente gestão pública civil nos organismos de Defesa Civil em todos os níveis, implicando dizer, nos moldes de um compromisso impostergável com a cidadania ativa e plena do povo brasileiro.
- Que sejam imediatamente instalados os conselhos municipais, estaduais e nacionais de Defesa Civil, com participação dos diversos segmentos da sociedade, e que os conselhos já existentes sejam reformulados garantindo proporcionalidade em sua composição. Que os representantes recebam capacitação para a função.
- Que a I Conferência Nacional de defesa Civil cumpra a proporcionalidade estabelecida no Regimento, garantindo 50% dos votos para a sociedade civil,

independente do número de participantes, de acordo com o regulamento da Conferência.

Finalmente o CFP considera a urgência no estabelecimento de um processo de construção e fortalecimento de uma cultura de Defesa Civil, apresentado os seguintes aspectos:

- Melhorias na eficácia e na eficiência da intervenção de gestores públicos e profissionais da Defesa Civil sendo que o perfil desses profissionais seja imediatamente ampliado de modo a garantir um incremento no espectro de contribuições a serem encaminhadas para a formulação e a consecução das atividades, com a inclusão de novos atores sociais e de profissionais que contribuam para o funcionamento do SINDEC, condição importante para o estabelecimento dessa cultura;
- Formalização e sistematização do envolvimento da sociedade civil no planejamento, na implementação e no controle das ações da Defesa Civil – incluído o protagonismo dos afetados –, como elemento fundamental para a criação e o fortalecimento da nova cultura de Defesa Civil;
- Formulação de uma política pública que de conta de articular organicamente os dois aspectos anteriores.

b) Psicologia dos Desastres e Emergências como Campo de Atuação Transdisciplinar

Para o professor de filosofia, no 1º Fórum do UniCEUB, o risco implica cenários e situações de incerteza, assim, a visão dos atores sociais sobre os riscos aos quais estão sujeitos é sempre parcial ou incompleta. A definição de risco apresenta oscilações mediante os diversos contextos sociais onde é produzida, embora também possa depender de emoções, de sentimentos e da nossa própria percepção de riscos. Apesar da pluralidade conceitual do risco (a perspectiva culturalista, o modelo da sociedade de risco, a abordagem sistêmica, e a

governamentalização do risco) parece existir um elemento transversal a todas as suas definições: a distinção entre possibilidade e realidade, ou seja, aquilo que é possível acontecer pode ou não transformar-se em realidade. Por este motivo, a incerteza é uma das dimensões do risco.

Para a assessora técnica de saúde mental do MS no 1º Fórum do UniCEUB um desastre ocorre quando existem condições de risco, que é determinado pela relação entre a ameaça ou perigo, de origem natural ou antrópica (ação humana sobre o ambiente) e uma população vulnerável, sendo que condição de risco é função da ameaça e da vulnerabilidade. Conforme dados da *World Psychiatric Association* em situação de normalidade 20% da população tende a desenvolver sofrimento mental. Em situações de desastres essa porcentagem aumenta para 50% além de que para cada afetado físico, há 400 afetados psicossociais.

Esta representante salienta que depois do desastre propriamente dito, os problemas de saúde mental requererão assistência aos afetados durante um período prolongado, quando tiverem que enfrentar a tarefa de reconstruir suas vidas. Isto nos põe diante da necessidade de fortalecer os serviços de saúde mental com base comunitária. As ações devem ter um caráter integral que englobe não só o aspecto curativo, mas que incluam ações preventivas e de reabilitação, considerando de maneira diferencial manifestações psicológicas tais como a ansiedade (considerado normal pós-desastre), e condutas tais como violência e consumo de drogas (que geram compulsão/vício); indo além da psicopatologia englobando a ampla gama de problemas de alto conteúdo social.

Destacou aspectos importantes do ponto de vista de intervenção:

- Identificação do potencial e das limitações dos profissionais envolvidos no processo, desenvolvendo capacitações (presenciais) para os cuidadores.
- Atuação dos agentes comunitários de saúde, responsáveis por parte da atenção básica em saúde, podem ser grandes parceiros neste processo.
- Importância de cuidar dos cuidadores, capacitando pessoas chaves que poderão contribuir na reconstrução da comunidade pelo desenvolvimento da resiliência.
- Capacitação para identificação, por meio da escuta e do reconhecimento de

sintomas, e encaminhamento daqueles que poderão apresentar casos que deverão ser assistidos pelo atendimento especializado.

- Cuidados com: “medicalização”, “psicologização” ou “sociologização” e “vitimização” das ações, mantendo o foco na crise e nas reações a ela pela população, direta ou indiretamente, atingidos pelo desastre.
- A assistência à saúde mental deve começar com um diagnóstico comunitário amplo e abrangente, que leve em consideração o contexto sociocultural, gênero, faixa etária, identificação de lideranças, definição das necessidades.

A diretora da SEDEC no 1º Fórum do UniCEUB enfatiza a participação do psicólogo no planejamento das ações de gerenciamento de desastres visa garantir a acessibilidade aos serviços de proteção global, fortalecendo e preservando as condições de saúde mental das comunidades, em especial àquelas que vivem em áreas de risco.

Essa diretora considera ainda que os afetados pelo desastre são pessoas que no momento do fato são consideradas estáveis psicologicamente e passam a estar submetidas repentinamente a experiências estressantes e enfrentando perdas que vão além das vivências cotidianas cujas reações psicológicas mais frequentes na população que na maior parte das vezes constituem reações transitórias normais frente a situações anormais: medos, transtornos de sono, alteração frente a ruídos, irritabilidade, desânimos e desinteresse, ansiedade, insegurança, tristeza, reiteração do evento, e problemas somáticos.

Finalmente a representante da SEDEC chama a atenção de como a questão das mudanças climáticas poderá afetar a saúde, tanto direta (mais estresse relacionado ao calor do verão e mais mortes por doenças do inverno) quanto indiretamente (por meio de mudanças em doenças, tais como as intoxicações alimentares, endemias, epidemias e pandemias).

Para a técnica da Defesa Civil, tanto no 3º Seminário Nacional sobre Saúde em Desastres como no II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres, a atuação da Defesa Civil abarca demandas de planejamento,

articulação e coordenação de ações em quatro fases: prevenção, preparação, resposta e reconstrução.

A diretora da SEDEC reitera que o Psicólogo pode e deve atuar nas diversas fases descritas para um desastre, a saber:

- i. Durante a prevenção de desastres (pré-impacto) e preparação para emergências, considerada fase de pré-impacto, envolve os seguintes aspectos:
 - Avaliar os riscos e vulnerabilidades;
 - Levantar os recursos financeiros, materiais e humanos para minimizar o risco;
 - Informar e promover a formação do cidadão responsável na minimização dos riscos;
 - Estabelecer uma liderança e rede de comunicação para acionamento dos recursos humanos;
 - Sensibilizar os recursos humanos capacitando para atuar em todas as fases da emergência e desastre.

- ii. Na fase de resposta e assistência (fases de impacto e pós-impacto), e reconstrução envolve:
 - Mobilização do sistema de comunicação;
 - Articulação com as instituições governamentais e não governamentais, agentes voluntários, lideranças comunitárias e pessoas envolvidas na resposta para atuação em saúde mental;
 - Acompanhamento das comunidades afetadas para suporte na assistência humanitária e identificação precoce de sofrimento psicológico incompatível com o evento;
 - Acompanhamento das equipes de primeira resposta, em até 48 horas após a emergência, para prevenção de doenças ocupacionais;

- Orientar a assistência alimentar, água potável, limpeza, abrigo (acesso a direitos humanos básicos);
- Promoção social com o objetivo de reforçar os laços de coesão familiar e as relações de vizinhança;
- Fortalecimento da cidadania responsável e participativa;
- Atividades de comunicação social com o público interno e com as famílias afetadas;
- Orientação para liderança de mutirões de reabilitação e de reconstrução.

O Texto Base do II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres promovido pelo CFP aborda mais detalhadamente as atividades destas quatro etapas consideradas como relevantes no âmbito da Defesa Civil, que podem ser realizadas pelo profissional de psicologia nesse campo de atuação: prevenção, preparação, resposta e reconstrução conforme descrito a seguir.

*** Prevenção e Preparação**

1. Participação nos processos de construção de mecanismos de prevenção e atenuação de desastres (identificação e análise de riscos, procedimentos para definição de procedimentos visando a evitação da transformação desses riscos em ameaças e desastres, incremento de relações de vizinhança, etc.);
2. Definição dos mecanismos mais adequados de apoio à população afetada por desastres (abrigo, processos de reconstrução, apoio psicológico, etc.);
3. Participação na elaboração dos planos de contingência, com inclusão de cuidados na organização de abrigo e procedimentos dos demais profissionais que atuam no momento da resposta;
4. Definição das iniciativas a serem adotadas por profissionais de Psicologia no próprio processo de elaboração de planos de contingência;
5. Definição de um plano de contingência para as entidades da Psicologia e para os psicólogos no caso de ocorrência de desastres;

6. Apoio a grupos sociais e entidades representativas de profissões e de movimentos sociais para a organização de seus planos de contingências;
7. Participação na organização de procedimentos e iniciativas voltadas à atenção a populações de maior vulnerabilidade no caso da ocorrência de desastres (tais como crianças, portadores de necessidades especiais, idosos, etc.);
8. Capacitação das equipes de Defesa Civil para atuação nos momentos de resposta;
9. Organização do incentivo à articulação intra-comunitária nas várias etapas da atuação da Defesa Civil;
10. Capacitação para os profissionais que atuam no SUS, visando o estabelecimento de equipes de referência para atenção a afetados por desastres;
11. Planejamento e execução de programas de prevenção de desastres como parte das atividades escolares;
12. Planejamento e execução de programas de educação comunitária em Defesa Civil;
13. Planejamento e execução de capacitação de voluntários da Defesa Civil;
14. Participação na elaboração de treinamentos visando a que os diferentes profissionais que atuam na Defesa Civil possam se apropriar do conhecimento psicológico suficiente para tornar sua ação mais integral;
15. Organização das simulações de desastres na elaboração de planos de contingência e provocação da percepção de risco;
16. Organização e direção de reuniões de organização do plano de chamada;
17. Organização da ocupação do espaço da mídia visando o aproveitamento dos canais de comunicação para os fins da Defesa Civil;

*** Resposta**

18. Triage de afetados segundo o nível de comprometimento psicológico gerado pelo desastre;
19. Organização e participação da análise dos cenários;
20. Organização e participação nos processos de acolhimento da população afetada nos diferentes pontos de assistência;
21. Organização dos cuidados com a manutenção dos vínculos familiares e relações de vizinhança na organização de abrigos;
22. Orientação e capacitação de voluntários que chegam a partir da instalação do desastre;
23. Organização e orientação dos processos que visam restaurar minimamente a cotidianidade da população afetada;
24. Promoção de trabalhos em oficinas e de recreação nos abrigos;
25. Promoção e orientação no uso de procedimentos que garantam a equidade no atendimento às pessoas afetadas nos abrigos e outros postos de atendimento;
26. Atenção e apoio às equipes de socorro;
27. Desenvolvimento de estratégias para o combate de abusos e assédio nos espaços de atenção à população afetada;

*** Reabilitação/Reconstrução**

28. Manejo de vínculos familiares e de vizinhança como estratégia de reconstituição da organização da vida;
29. Orientação ao restabelecimento ou criação dos coletivos, com ênfase na lógica do restabelecimento das redes de apoio social;
30. Promoção das iniciativas voltadas à reconstrução coletiva de edificações de propriedade individual e espaços de convivência;
31. Monitoramento e intervenção nos casos de reações psicológicas e emocionais;
32. Intervenções psicológicas de caráter clínico em nível individual, grupal e comunitário;
33. Incentivar os afetados pelo desastre a se integrar no processo de reconstrução enquanto protagonistas do mesmo;

34. Incentivo aos cuidados voltados à preservação dos lugares de memória.

Finalizando este Texto Base do II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres salienta que geralmente, as intervenções psicológicas adotadas para a assistência as pessoas têm focado a fase da resposta, contemplando uma visão, muitas vezes, meramente diagnóstica. Pouca atenção tem sido dada à prevenção e à preparação. Na perspectiva da prevenção e da preparação, a percepção de risco foi identificada como uma variável importante, que relaciona as circunstâncias da situação das emergências e dos desastres com as respostas psicológicas, em curto, médio e longo prazo.

Na construção da prática psicológica, destaca que precisa ser enfatizada a perspectiva de que a cultura da prevenção seja instalada como premissa para a atuação dos psicólogos e dos demais atores envolvidos nessa importante tarefa de construir comunidades mais seguras. Enfatizando que a prática da psicóloga e do psicólogo em situações de emergências e desastres deve ser norteadas por uma perspectiva social e preventiva da Psicologia. Essa prática poderá trazer subsídios para a construção de novos modelos teóricos de atenção à saúde e de participação social.

Reiterando essa inserção Coelho (2011) considera que a Psicologia tem papel fundamental nessas quatro fases preconizadas pela Defesa Civil Brasileira.

Ressalta que a participação de psicólogos em contextos de emergências e desastres já é uma realidade em muitos países do mundo, e mais especificamente em países latino-americanos. Na construção da prática do psicólogo, precisa ser enfatizada a perspectiva de que a cultura da prevenção seja instalada como uma premissa para a atuação dos psicólogos e dos demais atores envolvidos nessa importante tarefa de construir comunidades mais seguras.

No tocante à atuação do profissional da psicologia, salienta que geralmente, as intervenções psicológicas adotadas para a assistência as pessoas, têm focado a fase da resposta, contemplando uma visão, muitas vezes, meramente diagnóstica.

Pouca atenção tem sido dada a prevenção e a preparação. Na perspectiva da prevenção e da preparação, a percepção de risco foi identificada como uma variável importante que relaciona as circunstâncias da situação das emergências e dos desastres com as respostas psicológicas a curto, médio e longo prazo.

Portanto a prática do psicólogo em situações de emergências e desastres deve ser norteadas por uma perspectiva social e preventiva da Psicologia. Essa prática poderá dar subsídios para a construção de novos modelos teóricos de atenção a saúde e de participação social, promovendo uma articulação das instituições de ensino, usuários e serviços (Texto Base do II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres/CFP).

Para o CFP o ponto de partida para a construção de referências para a atuação dos psicólogos em situações de emergências e desastres é clarificar alguns princípios norteadores da ação. O primeiro deles é a promoção do protagonismo dos afetados, por meio do incentivo à organização social e política, com redução das vulnerabilidades sociais. Segundo, o respeito às singularidades das comunidades e as suas formas tradicionais de sobrevivência. E finalmente, a criação de redes articuladas de cuidados, que contemplem saberes e atores sociais. Quarto, que a ação dos psicólogos prime pela observância dos princípios éticos da profissão e das boas práticas profissionais. Por fim, que a ação das psicólogas e dos psicólogos seja sempre acompanhada de posicionamento crítico sobre a conjuntura e sobre as políticas públicas, posicionamento este sempre atento às urgências das populações afetadas (Texto Base do II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres/CFP).

c) Controle Social na Gestão de Políticas Públicas

Para o professor de filosofia do UniCEUB, no 1º Fórum de Debates, segundo a perspectiva culturalista, a avaliação de riscos e a preocupação em aceitar determinados riscos levantam não apenas problemas psicológicos, mas particularmente problemas sociais. Outro aspecto importante referenciado nessa abordagem indica-nos que a distribuição social dos riscos não é efetuada de forma

homogênea. Algumas classes ou grupos de pessoas enfrentam mais riscos do que outras.

O professor de filosofia cita Beck que apresentou o inovador conceito de sociedade de risco, para alertar sobre os riscos aos quais as sociedades atuais estão sujeitas, particularmente os riscos de caráter tecnológico e ambiental. A novidade desta noção reside no fato de algumas decisões humanas poderem envolver consequências e perigos globais que não reconhecem fronteiras. Determinados tipos de risco constituem-se como um território inexplorado ou desconhecido para a humanidade. Os riscos existem e não são apenas uma mera construção social imaginária, embora a sua maior ou menor aceitabilidade possa depender da forma como são percebidos socialmente, reconhecendo-se também neste processo alguma ambivalência. A convivência quotidiana com o medo e com a insegurança converte-se para uma esfera biográfica e política. Beck considera que o fato de existirem inúmeros fatores de incerteza pode tornar a confiança num aspecto psicologicamente irracional.

Na Abordagem Sistêmica do Risco, o professor de filosofia afirma que o risco torna-se uma variante que distingue entre aquilo que é desejado e indesejado. Cita Luhmann, que considera o risco e o perigo como associados à ideia de potencial perda futura, no entanto a sua posição defende a distinção de ambos os conceitos. Diferencia esses conceitos em duas visões distintas: se fala em perigo quando as consequências ou prejuízos de um determinado acontecimento ocorrer de forma independente da nossa vontade, ou seja, se a origem do evento provier de fontes externas. Pelo contrário, falar-se-ia em risco quando determinados acontecimentos tiverem origem em decisões próprias. O mundo é visto como um espaço de contingência que necessita de ser organizado e transformado em algo passível de ser gerido. É neste contexto que os aspectos contingentes da modernidade dependem de dimensões psicossociais, isto porque tendemos a confiar mais em que nada de negativo nos irá acontecer. Na abordagem sistêmica o tema do risco envolve um processo evolutivo onde os grupos e instituições organizam o seu conhecimento, e este conhecimento é partilhado com outros sistemas sociais através da comunicação.

Para a assessora técnica do MS no 1º Fórum do UniCEUB um desastre ocorre quando existem condições de risco, que é determinado pela relação entre a ameaça ou perigo, de origem natural ou antrópica (ação humana sobre o ambiente) e uma população vulnerável, sendo que condição de risco é função da ameaça e da vulnerabilidade.

Neste sentido a diretora da SEDEC no 1º Fórum do UniCEUB coloca a vulnerabilidade como o resultado da trajetória de exclusão social, que gera a ausência de percepção de risco aumentando a possibilidade de desenvolvimento de comportamentos cristalizados, de dor, medo, impotência, angústia.

Para Valêncio (2011) a definição de desastre da atual Política Nacional de Defesa Civil denota um recorte do fenômeno como a-histórico desvinculado das relações políticas e sociais expressas no espaço. Chama atenção para o fato que:

[...] as Ciências Sociais tem problematizado as definições oficiais sobre o que é denominado 'desastre' e avançam inquirindo seus qualificativos, como 'natural'. O esforço atual das contribuições no tema – em prol da inclusão de atores e da democratização das arenas de formulação de programas e políticas de defesa civil– tem sido o de alargar o tempo e o espaço no qual as concepções de desastres se desenham no imaginário social, isto é, suscitar que tais acontecimentos sejam compreendidos com base nos nexos sócio-históricos que transcendem cada tragédia pontual.

Valêncio (2011) continua destacando que são esses nexos que desnaturalizam os desastres posto desvelarem as relações sociais de desigualdade que, sendo historicamente produzidas, são refletidas num território propenso a suscetibilizar principalmente os grupos mais empobrecidos ante o impacto de quaisquer fatores ameaçantes.

Os desastres em uma sociedade tão desigual quanto a brasileira fazem repercutir ainda mais o clamor por ações preventivas regulares que minimizem os impactos destrutivos desses eventos, garantindo – antes, durante e depois deles – assistência capaz de evitar perda de vidas humanas, sobretudo entre os mais

vulneráveis socialmente, bem como minorar as dimensões do intenso sofrimento humano que se estão associadas a essas situações (Texto Base do II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres/CFP).

O CFP tem como proposta de atuação da Defesa Civil um projeto de perspectiva da assistência humanitária integral que se caracteriza por: trabalhar com a população considerando seus aspectos biopsicossociais; apropriar-se do acúmulo de conhecimento produzido internacionalmente e pela Organização das Nações Unidas (ONU) para estabelecer patamares de dignidade no atendimento a população afetada; contar com o saber de todas as profissões na realização de suas atividades; incorporar o saber da sociedade tanto no planejamento quanto na execução das ações de Defesa Civil; enfatizar o papel da sociedade no controle das ações dos gestores públicos; submeter às ações de resgate e salvamento a lógica da assistência humanitária; defender a máxima assunção do Estado da responsabilidade pela reconstrução da vida dos afetados; reconhecer o protagonismo dos afetados tanto no aspecto terapêutico quanto no da cidadania; ancorar planejamento e ações de Defesa Civil no respeito a dignidade dos afetados; enfatizar a lógica da prevenção em todas as ações da Defesa Civil.

4.4 Observações e apontamentos sobre os debates

Esta etapa foi baseada no sistema categorial construído nesta monografia em conjunto aos marcos regulatórios e referencial teórico e aos registros das informações coletadas nos eventos da observação participante ficou constituído pelos seguintes temas de análise: a) rede de proteção/defesa civil e intersectorialidade, b) psicologia do desastre e emergência como campo de atuação transdisciplinar, e c) controle social na gestão de políticas públicas.

Em relação à temática “rede de proteção/defesa civil e intersectorialidade”, observou-se que em função do atual desenho da Política Nacional de Defesa Civil a articulação entre os órgãos públicos envolvidos conforme preconiza a Conferência de Hyogo (2005 apud BRASIL, 2010), que enfatiza a importância de um planejamento integrado com ações interinstitucionais em todos os níveis mediante

estabelecimento de uma rede que articule as instituições e atores sociais locais que atuam nesta área, denotando a inconsistência entre discurso e prática.

Durante os debates no Seminário Saúde em Desastres, promovido pelo Ministério da Saúde, alguns aspectos interessantes foram abordados como desafio e obstáculo à operação de uma rede intersetorial:

- a competição por protagonismo e disputa de comando das diversas instituições envolvidas em vez da busca de uma articulação federativa na construção de uma agenda comum,
- a falta de comunicação interinstitucional e intersetorial que por muitas vezes se encontram no cenário do desastre e nesse momento elaboram um plano de ação, portanto falta de planejamento prévio,
- a desarticulação do sistema de defesa civil é pior do que o próprio desastre ocasionando conflitos/lacunas de competências além de sobreposições /indefinições de responsabilidades entre os setores interinstitucionais,
- a dificuldade na relação entre a SEDEC e o MS na articulação de ação principalmente em função da hierarquia militar fortemente presente ainda na Defesa Civil,
- a falta de resposta do setor saúde aos transtornos mentais advindos dos desastres,
- a localização inadequada das instalações das redes de saúde muitas vezes afetadas também pelos desastres.

Para o CFP os atuais atores da Defesa Civil fazem que o assunto seja tratado de forma departamentalizada nos órgãos e unidades de Defesa Civil e não descentralizada, desconsiderando a rede transversal do SUS e SUAS sem articulações com outras políticas setoriais. A submissão da SEDEC a um ministério fragiliza sua capacidade de articulação de todos os setores do governo para atuar na Defesa Civil, além de fazer que suas iniciativas fiquem sujeitas ao interesse do ministro da pasta.

Para o Município de Nova Friburgo, RJ, os maiores entraves na articulação na catástrofe pela qual passou seu território foram:

- pouco apoio psicossocial aos trabalhadores da saúde local;
- pouca valorização além de críticas ao SUS municipal;
- sobreposição de ações e resposta de curto prazo (um mês);
- invisibilidade do SUS e disputa por protagonismo.

Por outro lado o diálogo do CFP com outras instâncias da rede interinstitucional do setor desastre encontra-se distante e praticamente inexistente, tais como: Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério das Cidades e Ministério do Meio Ambiente.

Neste sentido reiteramos Kleba e Comerlatto (2011) que salientam que a implantação da intersetorialidade na gestão de políticas públicas congrega decisão e compromisso público além de implicar alterações dinâmicas no funcionamento e promoção de mudanças nas estruturas de poder nas relações institucionais e com a sociedade.

Cabe salientar que o Ministério de Meio Ambiente não faz parte dos órgãos do CONDEC, atuando apenas supletivamente, o que se pode considerar como um fator da fragilidade da rede de articulação considerando que a maioria dos desastres no Brasil, enchentes e deslizamentos de encostas, ocorrem em áreas de preservação permanentes (APPs) cujo uso e ocupação necessitam de prévia anuência dos órgãos ambientais nos três níveis da federação: municipal, estadual e federal.

Em relação ao tema “psicologia do desastre e emergência como campo de atuação transdisciplinar”, destacamos a participação ainda discreta dos profissionais de psicologia na atuação em defesa civil conforme demandas de planejamento, articulação e coordenação de ações em suas quatro fases: prevenção, preparação, resposta e reconstrução.

Conforme destacado em Brasil (2010) os riscos e desastres não pertencem exclusivamente a uma área de conhecimento ou campo profissional, pois demandam ações interdisciplinares, capazes de articular diferentes saberes e práticas, incluindo as populações que vivem em áreas de risco.

No discurso de abertura do II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres, a vice-presidente do CFP propõe que a Psicologia participe na construção de um conjunto de referências técnicas profissionais que oriente uma prática qualificada em situações de desastres num contexto multidisciplinar e coletivo sempre dialogado e articulado com a sociedade, e esteja presente na discussão e elaboração das políticas públicas do setor com agente de transformação social.

O CFP considera que o corpo técnico de Defesa Civil é instável, muitas vezes dependendo dos comandos militares e sofrem modificação a cada processo de alternância de governantes.

As orientações técnicas para implantação do CRAS do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009) considera que

[...] o trabalho em equipe não pode negligenciar a definição de responsabilidades individuais e competências buscando identificar papéis, atribuições, de modo a estabelecer objetivamente quem, dentro da equipe interdisciplinar, encarrega-se de determinadas tarefas.

Durante diversas mesas-redondas do II Seminário Nacional de psicologia em Emergências e Desastres ficou evidenciada e criticada a formação ainda essencialmente clínica dos atuais cursos de psicologia, sendo salientado o despreparo dos profissionais dessa área de atuação.

Na palestra da representante da Defesa Civil foi apresentado a formatação do concurso aprovado para realização de concurso público destinado a selecionar candidatos para o provimento de cargos efetivos do Quadro de Pessoal do Ministério da Integração Nacional, para terem exercício no Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD), unidade da SEDEC, no qual não consta Cargos/Campo de Atuação para psicólogos.

Na temática “controle social na gestão de políticas públicas” destacamos a posição do CFP que considera como elemento fundamental para a reconstituição psicológica, o protagonismo dos afetados, pois geralmente este protagonismo é tratado como um estorvo e um “uso político do desastre”. Coerentemente com as diferentes frentes de luta de que participam os psicólogos, o CFP mantém nesse espaço a política de apoio à organização política dos afetados para que eles possam ser atores de seu restabelecimento.

Em seu discurso de abertura do II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres, a vice-presidente do CFP reforça que a Psicologia busca estar a serviço das demandas da população brasileira, promovendo o protagonismo dos afetados mediante o resgate de débitos históricos da população em vulnerabilidade social quebrando assim esse ciclo de vitimização e cronicidade.

Neste Seminário Nacional de psicologia em Emergências e Desastres essa idéia é reforçada em algumas palestras sobre o sentimento de afeto e de identidade com o território das populações atingidas o que subjetivamente as levam retornar ao local de risco, denotando a desarticulação das políticas de prevenção da Defesa Civil.

Finalmente ficou claro em todos os eventos a necessidade da organização da sociedade civil objetivando a legitimação das políticas públicas somente quando ancoradas na participação de seus protagonistas além de buscar a primazia por uma cultura de prevenção e não apenas de respostas, evitando assim a atuação como emergências quando acontece o desastre.

Conforme destaca Amarante (2007) que nesse contexto cabe pensar novamente no princípio da intersetorialidade, pois ele abarca estratégias que englobam diversos setores sociais, tanto do campo da saúde em geral, incluindo a saúde mental, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo, articulando-se em rede do público ao privado e comunitário formando assim uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos.

5 CONCLUSÃO

O campo da Psicologia em Emergências e dos Desastres se configura como uma área de conhecimento e atuação em construção necessitando de debates mais profícuos no mundo acadêmico e nos cursos de graduação de psicologia, apesar do tema desastres estar constantemente na mídia.

Nesta monografia abordamos que a inserção dos profissionais de psicologia em novos campos de atuação expõem as fragilidades de atuação profissional nos diversos contextos, diferentes do viés histórico individualista, necessitando assim de uma redefinição das relações entre a psicologia, saúde e sociedade para que tais fragilidades possam ser compreendidas e transformadas ampliando a definição da prática e do papel profissional do psicólogo.

Inicialmente tínhamos como objetivo principal de estudo realizar entrevistas semi-estruturadas com os tomadores de decisões das instituições intersetoriais da rede de articulação em desastres com foco no campo da psicologia: Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) além do CFP mediante sua participação atual na articulação da psicologia no contexto desastre e emergências.

Apesar do processo de negociação com as devidas autoridades ou seus representantes nesta etapa não foi concretizada, tais instituições foram retratadas neste trabalho a partir dos contatos ocorridos na observação participante do pesquisador nos eventos acadêmicos e institucionais temáticos como congressos, seminários sobre psicologia em emergências e desastres, saúde em desastres e prevenção e atuação em desastres.

Durante diversas mesas-redondas do II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres ficou em foco a formação ainda essencialmente clínica dos atuais cursos de psicologia, sendo salientado o despreparo dos profissionais dessa área de atuação.

No tocante à atuação do profissional da psicologia, destaca-se que geralmente, as intervenções psicológicas adotadas para a assistência as pessoas, têm focado a fase da resposta, contemplando uma visão, muitas vezes, meramente diagnóstica. Pouca atenção tem sido dada a prevenção e a preparação. Na perspectiva da prevenção e da preparação, a percepção de risco foi identificada como uma variável importante que relaciona as circunstâncias da situação das emergências e dos desastres com as respostas psicológicas a curto, médio e longo prazo.

A psicologia em emergências e desastres está caminhando para tornar-se uma nova especialização desde que a produção teórica, técnica e institucionalização social justifiquem essa demanda, pois os saberes e fazeres já são utilizados em outros contextos tornando-se assim uma ampliação da escuta e da participação efetiva nesses tipos de eventos.

Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o ponto de partida para a construção de referências para a atuação dos psicólogos em situações de emergências e desastres é clarificar alguns princípios norteadores da ação. O primeiro deles é a promoção do protagonismo dos afetados, por meio do incentivo à organização social e política, com redução das vulnerabilidades sociais. Segundo, o respeito às singularidades das comunidades e as suas formas tradicionais de sobrevivência. Terceiro, criação de redes articuladas de cuidados, que contemplem saberes e atores sociais. Quarto, que a ação dos psicólogos prime pela observância dos princípios éticos da profissão e das boas práticas profissionais. Por fim, que a ação das psicólogas e dos psicólogos seja sempre acompanhada de posicionamento crítico sobre a conjuntura e sobre as políticas públicas, posicionamento este sempre atento às urgências das populações afetadas (Texto Base do II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres/CFP).

Durante o desenvolvimento desta pesquisa ficou em evidência a necessidade do Brasil evoluir na articulação interinstitucional e intersetorial referente à operacionalização entre os principais atores institucionais na assistência e na gestão da informação acionados em situações de emergências e desastres, conforme aspectos transcritos nos eventos acadêmicos e públicos observados:

- a competição por protagonismo e disputa de comando das diversas instituições envolvidas em vez da busca de uma articulação federativa na construção de uma agenda comum;
- a falta de comunicação interinstitucional e intersetorial que por muitas vezes se encontram no cenário do desastre e nesse momento elaboram um plano de ação, portanto falta de planejamento prévio; e
- a desarticulação do sistema de defesa civil é pior do que o próprio desastre ocasionando conflitos/lacunas de competências além de sobreposições /indefinições de responsabilidades entre os setores interinstitucionais.

Na chamada para o II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres relaciona o Planejamento Estratégico Unificado da Psicologia das Emergências e Desastres proposto pelo Sistema Conselhos de Psicologia, que definiu os seguintes eixos de trabalho entre 2011 e 2013:

- Incentivo na produção, sistematização e difusão do conhecimento;
- Produção de referências conceituais, metodológicas e tecnológicas de atuação da Psicologia (psicólogos e Sistema Conselhos) em situações de emergências e desastres;
- Acompanhamento e intervenção em políticas públicas relevantes a partir da contribuição da psicologia em emergências e desastres;
- Promoção da educação permanente em emergências e desastres e garantia da inserção do tema na formação acadêmica;
- Articulação com atores sociais para potencialização da formulação, implantação, monitoramento e avaliação da política pública de defesa civil.

É nesse contexto que Gonçalves (2010) aponta um caminho para atuação da psicologia no campo das políticas sociais vindo a contribuir para que as políticas sejam de emancipação e de transformação social a partir de uma perspectiva histórica mediante a desnaturalização dos fenômenos sociais.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, L. O que faz a psicologia no sistema único da assistência social? *Jornal do Psicólogo*, n. 25, p. 14, 2008.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, J. F. S. M.; SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. *Paidea*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 167-175, mai./ago. 2009.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Ed. rev. e actualizada. Lisboa: edições 70, 2009.
- BERCELI, D. *Exercícios para libertação do trauma*. Recife: Libertas, 2010.
- BLANES, L. S.; BALLARIN, M. L. G. Apoio matricial: um estudo sobre a representação social de profissionais da saúde mental. *Anais do XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas*. Campinas, set. 2011.
- BLATNER, A. Métodos psicodramáticos de facilitação do luto. In: KELLERMANN, P. F.; HUDGINS, M. K. (Orgs). *Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena*. São Paulo: Ágora, 2010.
- BOCK, A. M. B. *Psicologia e compromisso social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão*, n. 30, p. 634-649, 2010.
- BRASIL, A. M. R. C. Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. *Integração*, n. 37, p. 181-186, abr./mai./jun. 2004.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. 1988.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. *Resolução nº. 2, de 12 de dezembro de 1994*.
- _____. Ministério da Integração Nacional. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto nº. 5.376, de 17 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC e o Conselho Nacional de Defesa Civil*. 2005.
- _____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. *Política Nacional de Defesa Civil*. Brasília. 2007.
- _____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. *Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia*. Florianópolis: CEPED. 2010.
- _____. Ministério da Integração Nacional. *Decreto nº. 7.257, de 4 de agosto de 2010*. Brasília. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº. 8.080/1990*. Brasília: 1990.
- _____. Ministério da Saúde. *Lei nº. 8.142/1990*. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Lei nº. 10.126/2001*. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portarias nºs. 189/2002 e 336/2002*.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 372, 10 de março de 2005. *Diário Oficial da União*, n. 48, seção 1, de 11 de março de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. *PlanejaSUS: instrumentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. *Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS*. Brasília: Proposta de Documento, dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa*. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2952/2011*.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Decreto de 21 de junho de 2006*.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS)*. 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. *IN nº. 1. Regulamenta a Portaria nº. 1172/2004*. 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Proteção Básica do Sistema Único da Assistência Social: Orientações Técnicas para o Centro de Referência da Assistência Social*. Versão Preliminar. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *A história da assistência social brasileira*. Brasília. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/suas/conheca/conheca09.asp>>. Acesso em: 23 jan. 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Entidades de Assistência Social*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/entidades-de-assistencia-social>>. Acesso em: 29 mai. 2012.

BRUCK, N. R. V. *A psicologia das emergências: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma*. 2007. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 26-32, mai./ago. 2005.

CARVALHO, A. C.; BORGES, I. A trajetória histórica e as possíveis práticas de intervenção do psicólogo frente às emergências e os desastres. *V Seminário Internacional de Defesa Civil – DEFENCIL*. São Paulo: Anais eletrônicos, Nov. 2009.

CARVALHO, M. C. B. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. *Revista de Información del Tercer Sector*. 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CERUTTI, D. F. *Análise dos danos humanos decorrentes de desastres associados a chuvas, vento, granizo e escorregamentos, no Brasil, entre 2003 e 2007*. 2007. Monografia (Especialização em Vigilância em Saúde Ambiental). Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

CHARMAZ, K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COELHO, A. *Texto preparatório para o II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres*. Brasília/DF. Publicado em 23 de novembro 2011.

COELHO, M. A.; ROMANHOLI, A. C.; SILVA, C. M.; GAUDIO, C. V.; SANT'ANNA, E.; CASTELLO, J. S.; AMARAL, M. H.; ALVES, R. B. *Entre "nós" da reforma*. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: ago. 2005.

_____. *Caderno do Resultado Final do VI Congresso Nacional da Psicologia*. Brasília, 2007.

_____. Planejamento estratégico unificado 2011/2013. *Chamada II Seminário Nacional de Psicologia de Psicologia em Emergências e Desastres*. Brasília, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/>>. Acesso em: 01 ago. 2011.

_____. *Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas*. Salvador, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CNAS. *Resolução n.º. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de serviços Socioassistenciais*. Brasília, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE DEFESA CIVIL. *Resolução n.º. 02, de 12 de dezembro de 1994*. Brasília, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. *8ª Condeferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília, 1986.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

CRUZ, J. M. O. Práticas psicológicas em centro de referência da assistência social. *Psicologia em Foco*, Aracaju, v. 2, n. 1, jan./jun. 2009.

ESTRATEGIA INTERNACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE DESASTRES – EIRD. NACIONES UNIDAS – ONU. *Vivir con el Riesgo*: informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres. Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional para La Reducción de Desastres. 2009.

FIRST, M.; FRANCES, A.; PINCUS, H. *Manual de diagnostico diferencial do DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, A. C. P.; VIANA, B. A Interface Psicologia e Programa Saúde da Família – PSF: Reflexões Teóricas. *Psicologia Ciência e Profissão*, n. 26, p. 246-257, 2006.

GONÇALVES, M. G. M. *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 2010.

GONZÁLEZ REY, F. *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez, 2011.

GUATARRI, F. O novo paradigma estético. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

HEREDIA, A. M. A saúde mental coletiva em caso de desastres. In: BOCK, A. M. B. (Org.). *Psicologia e compromisso social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

KELLERMANN, P. F.; HUDGINS, M. K. *Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena*. São Paulo: Ágora, 2010.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D. *A intersetorialidade na pauta de conselhos gestores de políticas públicas*. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/>. Acesso em: 12 mai. 2012.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LEVINE, P. A.; FREDERICK, A. *O despertar do tigre: curando o trauma*. 4. ed. São Paulo: Summus, 1999.

MINAYO, M. C. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MONTEIRO, J. B.; PINHEIRO, D. R. C. Anotações para uma metodologia quantitativa na geografia socioambiental: porque utilizar a técnica dos quantis no estudo de desastres naturais. *Geografia*, Rio Claro, v. 36, n. especial, p. 51-64, set. 2011.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

NAVES M.; TAVARES M. Intervenção em crise: histórico, delineamento e possibilidades. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Laboratório de Saúde Mental e Cultura, Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. In: NAVES, M. *Intervenção em Crise*. Brasília: SIASS. 2011.

NUTT, D; BALLENGER, J. *Transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático*. Rio de Janeiro: Med Line Editora Ltda, 2009.

OLIVEIRA, I. F.; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no programa de saúde da família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Aletheia*, Canoas, n. 25, p. 5-19, jan./jun. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Declaração do Milênio das Nações Unidas. A Cúpula do Milênio das Nações Unidas*. Nova Iorque. Estados Unidos da América. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA – UNICEF. *Declaração de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. URSS, 1978.

_____. *Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional de Saúde*. Canadá, 1986.

_____. *CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. *Declaração de Adelaide – Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Austrália, 1988.

_____. *Declaração de Caracas*. Venezuela, 1990.

_____. *Declaração de Santafé de Bogotá – Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Colômbia, 1992.

_____. *Declaração de Sundsvall - Terceira Conferência Internacional de Promoção de Saúde*. Suécia, 1991.

_____. *Declaração do México – 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade*. México, 2000.

_____. *Declaração do Rio. Relatório do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. *Classificação estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10*. 10. ed. São Paulo: RTM, 2009.

PACHECO, J. G. *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá, 2009.

RASERA, E. F.; ISSA, C. L. G. A atuação do psicólogo em ONG/AIDS. *Psicologia ciência e profissão*, n. 27, p. 566-575, 2007.

ROMAGNOLI, R. C. Entre a educação e a saúde: o desafio das redes. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, n. 4, jul. 2010.

SÁ, S. D. ; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. *Intervenção em crise*. 2008. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

SANTOS, B. S. Uma cartografia simbólica das representações sociais: o caso do direito. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Universidade de Coimbra, n. 24, p. 139-172, mar. 1988. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/10799>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

SCHNITMAN, D. F. *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SILVA, A.; LIMA, A. P.; ROBERTO, C.; BARFKNECHT, K. S.; VARGAS, L. F.; KRANEN, M.; NOVELLI, S. *Matriciamento na Atenção Básica. Apointamentos para a III Conferência Municipal de Saúde Mental*. Porto Alegre, 2010.

SILVEIRA, D. P. *Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde*. 2003. 184 f. Tese (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

SODRÉ, V.; VIEIRA. *Curso de extensão em Psicologia das Emergências. Núcleo Foccus*. Disponível em: <http://www.nucleofoccus.com.br/nucleo_foccus/index.php>. Acesso em: 15 nov. 2011.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TAVARES, M. O Conceito de crise e seus efeitos na prevenção e na intervenção em crise. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Laboratório de Saúde Mental e Cultura. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. In: NAVES, M. *Intervenção em Crise*. Brasília: SIASS. 2011.

THOMÉ, J. T. A dinâmica da catástrofe. *Revista Psiquiatria Hoje - Debates. ABP.*, a. 1, n. 1, 2009.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

VALENCIO, N. *Texto preparatório para o II Seminário Nacional de Psicologia em emergências e desastres*. Brasília. Publicado em 23 de novembro 2011.

VALERO, S. A. Emergência e psicologia desastre em uma nova especialidade. Estudo da psicanálise e psicologia. 2007. Disponível em: <<http://psicopsi.com/pt/emergencia-e-psicologia-desastre-em-uma-nova-especialidade/>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

VIEIRA NETO, O.; VIEIRA, C. M. S. *Transtorno de estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempo de paz*. São Paulo: Vetor, 2005.

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Revista Mutações Sociais. CEDAC*, a. 2, n. 3, 1993.

YAMAMOTO, O. H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: BOCK, A. M. B. (Org.). *Psicologia e compromisso social*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.